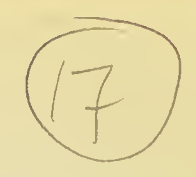


CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1859-1860

(15 novembre 1859 – 1er août 1860).

PAR

Le Dr J. EHRMANN

Professeur-suppléant, chargé du cours de Clinique médicale, etc.

EXTRAIT DE LA GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE.

PARIS

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, 19, RUE HAUTEFEUILLE

1861

TABLE DES MATIÈRES

ET DES PRINCIPALES OBSERVATIONS.

—

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER

Du 15 novembre 1859 au 1er août 1860.

L'enseignement clinique de l'Ecole d'Alger emprunte aux conditions climatériques au milieu desquelles il est appelé à se produire, certaines nuances qui lui impriment une physionomie particulière : non seulement, la plupart des maladies étudiées dans la métropole s'y trouvent représentées par des spécimens bien caractérisés, mais le terrain qu'il exploite est fécond encore en états pathologiques véritablement spéciaux, et dont beaucoup résultent de l'action modificatrice exercée sur ces mêmes maladies par certaines influences locales. A ce point de vue, un riche champ d'observation lui est ouvert ; les beaux travaux de nos médecins de l'armée d'Afrique ont préparé les voies : à lui de corroborer par des recherches suivies, de présenter sous une forme nouvelle, ces précieux documents.

Le service de la clinique médicale compte 42 lits, 21 pour les hommes, et 21 pour les femmes ; de plus, deux cabinets payants, de 1 lit chacun, y sont spécialement annexés.

Les mesures prises par l'administration des hospices relativement à la répartition dans les divers services des malades entrants, lui assurent un roulement privilégié, et la réorganisation récente de l'internat en a régularisé et consacré le fonctionnement d'une manière définitive.

Chargé de cet enseignement, pendant toute la durée de l'année scholaire 1859-60, avec la difficile mission de suppléer au vide qu'avait laissé la retraite regrettable du premier titulaire, nous présentons ici le compte-rendu de notre exercice clinique, et spécialement de son premier semestre (15 novembre 1859 — 15 avril 1860).

Cette période constitue, au point de vue de la nosologie locale, une section nettement tranchée. S'il est vrai, en effet, qu'en toute saison le principe intermittent, avec ses formes variées, domine, dans ce pays, la scène pathologique, rien n'égale toutefois la multiplicité et la gravité de ses manifestations durant les mois de forte chaleur ; les salles, à ce moment, regorgent de fiévreux ; alors abondent, à côté des fièvres périodiques de tout type, les mouvements fébriles rémittents, les accès pernicieux de formes diverses, les fièvres continues, justiciables du spécifique, et cette série de troubles fonctionnels du système nerveux, si souvent trompeurs, ordinairement apyrétiques, mais se reproduisant à des intervalles réguliers, et auxquels on a appliqué la dénomination de fièvres larvées : ensemble d'affections éminemment distinctes dans leur phénoménologie, mais identiques au fond, puisqu'elles ne sont que l'expression d'une même influence, le reflet de l'atteinte violente portée à l'organisme par l'intoxication marématique. Avec les dysenteries et les diarrhées, ce groupe d'états morbides absorbe tous les autres pendant cette époque de l'année (mi-juillet à mi-octobre). La complication gastrique et bilieuse, si fréquente en Algérie, qu'on peut dire, d'une manière générale, que sa concomitance est la règle, acquiert parfois, dans ces circonstances, une gravité par elle-même sérieuse.

Avec l'automne et l'hiver s'observe un affaiblissement graduel de cette influence, en même temps qu'apparaissent de préférence les mouvements fluxionnaires et inflammatoires du côté de certains appareils, spécialement vers les organes de la respiration. C'est ainsi que, cette année, la fin de fé-

vrier et le courant de mars ont été signalés, dans nos salles, par une véritable épidémie de pneumonies, bronchites, pleurodynies, dont rend compte d'ailleurs l'état météorologique de cette période. Tandis que durant les mois de novembre, décembre et janvier, la température moyenne avait oscillé entre + 12° et + 15°, on l'a vue tomber tout à fait exceptionnellement à + 6°,7, du 11 au 20 février ; le 15, à 7 h. m., le thermomètre ne marquait que 3°, et une couche de neige, tombée la nuit, blanchissait les abords de la ville, fait qui ne s'était vu à Alger depuis quinze années. Du 21 au 29, la moyenne s'est relevée à 10°,9 (voy. pour ces chiffres, les tableaux publiés dans les numéros correspondants de la *Gazette médicale de l'Algérie*).

Ce froid insolite a coïncidé avec des pluies et des vents opiniâtres qui ont occupé encore la plus grande partie du mois de mars et les premiers jours d'avril; là réside bien, ainsi que nous l'annoncions, la clef de la constitution médicale dont nous venons d'esquisser superficiellement les principaux traits.

Avec le milieu d'avril, le temps s'est remis au beau fixe ; le mouvement de nos salles s'en est immédiatement ressenti ; il s'est maintenu dans un calme relatif jusqu'à la fin de juin, pour reprendre ensuite une marche rapidement ascendante, en approchant du 1er août, époque à laquelle nous traçons ces lignes ; on en peut juger du reste par les tableaux suivants :

Du 15 novembre 1859 au 1er août 1860, ont été traités à la clinique médicale 401 malades, dont 238 hommes et 163 femmes.

258 (149 hommes, 109 femmes) appartiennent au 1er semestre. De ces 258 malades, 27 sont morts (14 hommes, 13 femmes), 205 sont sortis (121 hommes, 84 femmes) ; 26 restaient en traitement le 15 avril (14 hommes, 12 femmes).

Leur répartition entre les divers mois du semestre a eu lieu de la manière suivante :

	Novembre		Décembre	Janvier	Février	Mars	1-15 Avril
	EN TRAITEMENT.	ENTRÉS APRÈS LE 15.					
Hommes	19	17	29	28	24	24	8
Femmes	20	13	22	16	13	20	5
TOTAL	69		51	44	37	44	13.

Du 15 avril au 1[er] août, ont été reçus 143 entrants (89 hommes et 54 femmes) ; pendant cette même période, nous avons eu 12 décès, 5 chez les hommes, 7 chez les femmes.

Ces entrants se répartissent comme suit :

	15-30 Avril	Mai	Juin	Juillet.
Hommes..........	10	15	21	43
Femmes	5	14	17	18
TOTAL	15	29	38	61

Ainsi qu'il a été dit plus haut, nous nous occuperons d'abord , et plus particulièrement , des malades du semestre d'hiver. Dans l'exposition succincte des faits qui ont passé sous nos yeux pendant ce laps de temps, on ne cherchera pas un compte-rendu détaillé sous toutes ses faces, non plus que la solution de maints problèmes de pathologie locale, intéressants à coup sûr, mais pour lesquels nous n'avons eu que des éléments insuffisants, nos observations actuelles s'arrêtant à vrai dire à leur saison classique. Nous avons surtout ici pour but, en montrant la grande variété des ressources dont dispose cette branche si importante de l'enseignement de notre École de Médecine, de faire pressentir les heureux résultats que l'avenir réserve à ses efforts.

AFFECTIONS FÉBRILES (*).

Fièvres paludéennes.

Bien que leur proportion soit infiniment moindre que durant les mois d'été, les fièvres paludéennes figurent néanmoins pour un chiffre élevé dans nos statistiques.

Nous y trouvons, en effet, 67 cas de *fièvre intermittente*, 3 de *fièvre rémittente*, 7 de *fièvre pernicieuse*. La plupart de ces malades venaient de la plaine ; un grand nombre étaient atteints d'anémie, d'un état cachectique plus ou moins prononcé, et quelquefois même d'infiltration séreuse.

Sept cas de *cachexie paludéenne* sans accès fébriles, et 3 cas *d'engorgement splénique aigu*, également sans fièvre actuelle, doivent entrer dans cette même catégorie.

Parmi les 67 malades atteints de *fièvre intermittente*, nous comptons 46 hommes et 21 femmes. Relativement au type, ils se répartissent comme il suit : fièvre tierce, 22 ; fièvre quotidienne et double-tierce, 24 ; fièvre quarte, 12 ; 1 dont les accès, revenant toutes les semaines à jour fixe, se répétaient chaque fois deux jours de suite ; 8 à marche irrégulière ou dont le type n'a pas été suffisamment établi.

On remarquera la proportion notable des fièvres quartes, en opposition avec la rareté relative que leur assignent les auteurs ; si toutefois l'on considère qu'à l'époque où se sont

(*) Indépendamment des observations journalières tenues par MM. Cros, interne, et Judas, externe du service, la plupart des malades entrants étaient explorés sous notre direction par MM. les élèves, et leur histoire recueillie par eux et consignée régulièrement à chacune de nos visites.

Toutes les autopsies ont été faites par nous-même avec le plus grand soin.

faites nos observations, la plupart des fièvres de tout type sont des rechûtes de fièvres estivales, et que de toutes les formes, le type quarte est le plus rebelle, et conséquemment le plus sujet à récidiver, on se rendra compte de cette particularité.

A l'appui de cette manière de voir, nous trouvons dans nos tableaux, que sur un total général de 67, 38 de nos fiévreux appartiennent aux seuls mois de novembre (à partir du 15) et décembre, tandis que de 12 fièvres quartes, 7 ne se sont présentées qu'après le mois de janvier.

L'association d'un état gastrique bilieux aux fièvres paludéennes d'Afrique est un des traits les plus saillants de leur histoire. La suffusion jaunâtre des sclérotiques, l'état saburral de la langue, l'amertume de la bouche, l'anorexie, la pesanteur épigastrique, quelquefois des vomituritions ou un peu de diarrhée, se rencontraient chez presque tous nos malades à des degrés divers.

MM. Worms (1), Maillot (2), Boudin (3), Armand (4), Ronzier-Joly (5), et la plupart des médecins qui ont pratiqué sur notre terrain, insistent sur l'importance du rôle que joue cette complication et sur les déductions thérapeutiques qui en ressortent.

Ce n'est point à dire que cette particularité soit spéciale à l'Algérie. Stoll, Grimaud et d'autres pyrétologistes ont parlé de fièvres intermittentes gastriques. M. Nepple (6) a signalé la fréquence de l'état gastrique dans les fièvres de la

---

(1) *Hygiène et traitement des maladies d'Afrique*, etc. Paris, 1838.

(2) *Recherches sur les fièvres interm.* Paris, 1835. — *Traité des fièvres interm.* Paris, 1836.

(3) *Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues.* Paris, 1842.

(4) *Algérie médicale*, 1856

(5) *Études sur les maladies paludéennes de l'Algérie.* (Gaz. méd de l'Algerie, 1859.)

(6) *Essai sur les fièvres intermittentes et rémittentes des pays marécageux tempérés* Paris, 1828.

Bresse ; la plupart des médecins du Midi ont l'occasion d'en observer chaque jour des exemples. Nulle part toutefois la coexistence de ces deux états pathologiques n'est aussi constante.

L'École de Montpellier s'est appliquée à assigner la part d'influence respective qui revient à chacun de ces éléments, à séparer les cas dans lesquels les troubles digestifs sont une simple dépendance de la fièvre, de ceux où l'état gastrique, primitif à son tour, est cause directe des accès fébriles, et de ceux plus fréquents encore, où ces états, reconnaissant une origine distincte, s'aggravent réciproquement, mais sans être l'un vis à vis de l'autre en relation pathogénique. Elle attache une grande importance à cette distinction clinique (1).

Quoi qu'il en soit de leur interprétation, la concomitance habituelle de symptômes gastriques bilieux est un fait avéré, et — on peut le dire — l'effet de l'antipériodique est, d'une manière générale, d'autant plus sûr et plus prompt, que cette complication a été préalablement plus complétement dissipée. Nous en avons fait par nous-même plus d'une fois l'expérience. L'administration avant la quinine, d'un ou deux vomitifs et quelquefois d'un purgatif salin, prescrits concurremment avec des boissons amères ou acidules, trouve dans la grande majorité des cas son indication ; elle suffit parfois, à elle seule, à prévenir le retour des accès. Ce mode de traitement a prévalu en Algérie, et il y est employé comme méthode générale. On doit s'en méfier toutefois dans les cas où l'irritation gastro-intestinale est trop vive ; des émollients, des antiphlogistiques modérés doivent plutôt alors préparer les voies.

Nous donnions le sulfate de quinine à la dose de 0, gr. 8 à 1 gramme, ordinairement en potion et associé à l'extrait

(1) Voy. Girbal, *Études cliniques, etc.* (Montpellier médical, 1859, II, n° 6, III, n° 1 et 6.)

alcoolique de quinquina (2 à 4 gr.) ; nous le faisions prendre en 5 à 6 fois, en commençant 4 heures environ avant l'accès à couper ; nous le continuions en pilules à dose décroissante, pendant 5 à 6 jours, après la cessation des accès.

Un régime analeptique, associé à l'usage interne du fer, soit sous forme de fer réduit, soit sous celle de carbonate, mêlé à la rhubarbe, l'extrait ou la décoction de quinquina, les boissons amères, étaient dirigés pendant la convalescence contre l'anémie et l'état cachectique. Nous y joignions, dans les cas d'infiltration séreuse, des frictions sur les parties œdématiées avec un mélange de teinture de scille et de quinquina, et parfois quelques légers purgatifs.

Cette partie du traitement est essentielle, comme moyen préventif des rechûtes, et demande à être continuée quelque temps ; il est malheureusement bien difficile dans nos services nosocomiaux d'en convaincre les malades ; la plupart se hâtent de sortir, sitôt les accès disparus.

Nous n'avons pas essayé de remplacer la quinine par d'autres médicaments, ce genre d'expérimentations n'aboutissant généralement qu'à des déceptions. Dans une fièvre quarte cependant, qui s'était montrée rebelle au spécifique, nous avons mis en usage avec succès l'acide arsénieux : chez deux autres sujets par contre, cette substance nous fit défaut et nous fûmes obligé de recourir de rechef à la quinine.

La *fièvre rémittente* se caractérise comme on le sait, par une série de rémissions et d'exacerbations fébriles, se présentant sous un type plus ou moins régulier, et sans amendement complet dans l'intervalle des paroxysmes.

Lorsque ceux-ci se rapprochent jusqu'à se confondre, la fièvre est désignée sous le nom de *pseudo-continue.*

Ces formes sont fréquentes pendant les fortes chaleurs, à l'époque où sévit avec le plus d'intensité le miasme paludéen.

La quinine étant leur remède, il est essentiel de ne les point méconnaître. Nous n'avons pas observé la dernière, pendant la période qui nous occupe ; 3 cas seulement de fièvre rémittente bien caractérisée se sont présentés dans nos salles.

Le diagnostic a été quelquefois difficile ; une analyse approfondie des éléments morbides, une observation attentive de la marche des symptômes, permettent seules, dans nombre de cas, de distinguer le type rémittent vrai, légitime, de celui qui provient de l'union d'une fièvre intermittente avec une fièvre continue ordinaire due ou non à une phlegmasie locale, ou de celui encore que simulent les exacerbations vespérines propres à un grand nombre d'affections aiguës, et sur lesquelles le quinquina n'a point prise. Les indications fournies par le lieu qu'habitait le malade et par la constitution médicale régnante sont ici de la plus grande valeur.

Obs. L..., 30 ans, boulanger, de bonne constitution, venant d'une localité suspecte, entre à la clinique (cab. 18) le 2 février. Il est malade depuis 3 jours et présente des symptômes d'irritation gastro-intestinale, un peu de bronchite, et un mouvement fébrile continu, une grande faiblesse, de la céphalalgie, de la prostration. Nous pensons avoir affaire à l'invasion d'une fièvre typhoïde légère, et instituons le traitement en conséquence (purgatif doux, émollients).

Une exacerbation caractérisée surtout par de la chaleur, de l'agitation, une forte céphalalgie, des sueurs abondantes, se produit le soir : nous la croyons d'abord sous la dépendance de l'affection supposée ; mais les jours suivants, l'accès avance chaque fois d'une heure environ, il se produit le 4me jour à 3 heures de l'après-midi, sa véritable nature devient manifeste : l'antipériodique donné trois jours de suite coupe court à tous les accidents.

Le paroxysme ne se borne pas toujours à l'exagération des symptômes propres à la rémission. Il peut se manifester par un ensemble de phénomènes très divers caractérisant les formes *pernicieuses*.

Un de nos malades classé dans la catégorie des fièvres ré-

mittentes, a présenté dans un de ses accès des symptômes cérébraux ataxiques graves. L'administration opportune de la quinine, a prévenu le retour de ces accidents.

On trouvera plus loin, au chapitre des maladies de l'appareil respiratoire, un exemple de fièvre rémittente à forme pneumonique.

Nos autres *fièvres pernicieuses*, au nombre de 7, se rapportaient plutôt au type intermittent. Cinq d'entre elles appartiennent aux mois de novembre et décembre. Eu égard au sexe, 2 seulement ont été observées chez des femmes. Toutes ont offert dans leurs symptômes la localisation cérébrale : 2 la forme *délirante*, les autres la forme *comateuse*.

Dans tous ces cas, le sulfate de quinine a été donné d'emblée, à la fois en potion (1 gr.) et en lavement (2 gr.), combiné aux révulsifs cutanés (sinapismes, vésicatoires) et aux saignées locales (sangsues aux mastoïdes) quand il y avait lieu. Deux fois cependant nous avons fait précéder l'administration de la potion fébrifuge par celle d'un vomitif, mais en ayant soin de donner concurremment, séance tenante, la quinine par le rectum et par la méthode endermique : le temps, dans des circonstances aussi graves, est précieux, et les indications fournies par les autres états morbides, gastrique, bilieux, inflammatoire, etc., doivent céder — au risque de donner le spécifique dans des conditions d'action moins propices — devant l'urgence de prévenir l'explosion d'un nouvel accès qui pourrait être mortel. Il serait, pensons-nous, très imprudent d'attendre l'apyrexie, ainsi que l'ont exigé quelques auteurs, les inconvénients de l'administration inopportune du quinquina ne pouvant en aucune façon, dans des circonstances de ce genre, contrebalancer ses avantages possibles.

Chez un seul des malades de cette catégorie, apporté à la clinique, au deuxième accès, dans un coma complet, les moyens indiqués ci-dessus, appliqués il est vrai *in extremis*, ne purent empêcher la mort. L'autopsie ne constata qu'un

certain degré de congestion des méninges, aucune lésion de tissu *de la rate*, ni de volume, ni de consistance.

Le fait de l'intégrité de ce viscère, dans ces conditions, vient s'ajouter aux observations nombreuses produites par MM. Jacquot et Sonrier (1), Ed. Petit (2), Rochard (3), Boudin (4), Maillot (5), etc., et qui déposent contre la constance absolue de l'*engorgement splénique* et sa corrélation nécessaire avec la production des accès fébriles périodiques. Ce n'est pas à dire toutefois que la fréquence de cette lésion ne soit point une réalité bien avérée. Si elle a semblé manquer chez un certain nombre de fébricitants, nous l'avons constatée soit passagèrement, soit d'une façon permanente, dans la majorité des cas ; il s'agit seulement de s'entendre sur son rôle étiologique. Or, tout fait supposer que cet élément, envisagé d'un point de vue général, joue le rôle d'effet et non celui de cause, dans son association avec la fièvre paludéenne.

Chez plusieurs sujets venus de la plaine, l'engorgement de la rate en l'absence de fièvre intermittente coexistante et souvent hors de proportion avec le nombre ou l'intensité des accès anciens, semblait un effet de l'influence directe, occulte, du miasme paludéen. C'était parfois une altération profonde de tissu, une hypertrophie si considérable, que le viscère, *luxé* — suivant l'expression pittoresque récemment hasardée par certains auteurs — de l'espèce de loge qu'il occupe normalement dans l'hypochondre, soutenu qu'il y est par ce repli péritonéal qui porte le nom de *ligament de Phœbus*, venait faire relief sous la paroi abdominale, dépassant la ligne médiane et descendant dans la fosse iliaque et jusqu'à l'hypogastre.

---

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1849.
(2) Ibid, 1847.
(3) *Union médic.*, févr. 1852.
(4 et 5) Ouv. cit.

Le traitement de la cachexie paludéenne amenait généralement une diminution relative, mais non une résolution complète.

Chez deux femmes, où l'engorgement, assez aigu, puisqu'il s'accompagnait de douleurs vives, avait, indépendamment de tout accès fébrile, déterminé l'entrée des malades à l'hôpital, les émissions sanguines locales (ventouses), les frictions de pommade quinique et iodurée, les douches froides locales et l'usage interne de l'extrait de quinquina, amenèrent un amendement rapide et une résolution presque complète.

Le même traitement fit, chez un sujet de la salle Saint-Nicolas (n° 36, février), disparaître en trois semaines une ascite assez considérable, dont la cause semble dès lors avoir résidé dans la lésion du même organe.

Fièvres éruptives.

On a cité des cas de fièvres intermittentes, accompagnées dans leurs accès d'une éruption d'*urticaire*.

Le fait suivant offre un exemple remarquable d'une manifestation de même ordre de l'élément périodique : il nous paraît se rattacher à une forme particulière, *morbilleuse*, de fièvre intermittente maligne (éruption sudorale ?)

Obs. F.., 33 ans, charpentier, de forte constitution, de tempérament lymphatico-sanguin, entre à la Clinique le 31 mars. Il dit avoir eu, avant son entrée, deux accès de fièvre, suivant le type tierce ; il est dans son jour d'apyrexie ; on ne constate en effet que des symptômes gastriques modérés, et une céphalalgie assez intense ; pouls normal (ipéca stibié ; limon. ; diète.)

Le 1er avril, à la visite, nous trouvons le malade dans son accès ; la fièvre est venue au milieu de la nuit, elle a été précédée d'un frisson qui a duré 1/2 heure ; pouls large, dur, à 100, peau brûlante, agitation extrême, céphalalgie, subdélire. Tout le corps du malade, y comprises la face et les mains, est

couvert d'une éruption constituée par une infinité de petites taches et papules, rouges, presque confluentes en certains points, mais groupées de la manière la plus nette en petits croissants ou demi-cercles, présentant en un mot l'aspect caractéristique de l'éruption morbilleuse.

Nous perdons provisoirement de vue la fièvre intermittente, pensant avoir devant nous une rougeole simple, et plaçons le malade en expectation, nous bornant à lui prescrire la diète, des émollients internes, et des compresses vinaigrées sur la tête, pour calmer la céphalalgie.

Le lendemain, 2 avril, nous sommes étonné de trouver le sujet dans un calme presque complet ; il n'y a point de mouvement fébrile ; l'éruption a disparu en un grand nombre de points ; elle ne persiste, mais très-pâle, qu'à la poitrine et à l'abdomen. Frappé de cette résolution si subite, nous prescrivons par précaution 8 décigr. de sulfate de quinine (solut. g. ; 2 spes.).

L'accès n'en revient pas moins, mais moins violent, dans la nuit du 2 au 3 avril. A la visite, le malade est de nouveau couvert de son éruption ; la fièvre est assez intense, mais les symptômes nerveux, la céphalalgie, l'agitation sont plus modérés, il n'y a point de délire ; sitôt l'accès terminé, on donne 1 gr. de quinine, on la répète le lendemain. Ni éruption, ni fièvre ne reparaissent, et le malade entre rapidement en convalescence.

Parmi les fièvres éruptives proprement dites, nous comptons 5 *varioles* et 4 *varioloïdes* ; la plupart (7) chez les femmes ; tous ces malades ont guéri ; aucun n'a présenté de particularité qui mérite d'être signalée.

Dans les deux cas suivants, la symptomatologie initiale a été fallacieuse ; elle donnait des chances à l'invasion d'une variole.

Le premier se rapporte à une *rougeole boutonneuse :*

Obs. Z..., 33 ans, servante, bonne constitution, entre à la clinique (salle Sainte-Félicité, n° 17), le 23 janvier. Elle est malade depuis trois jours ; fièvre continue, céphalalgie, douleurs lombaires très violentes, vomissements, dysphagie ; *pas de bronchite, ni de coryza.* Quelques papules acuminées, semblables à celles qui marquent le début de l'éruption varioleuse, existent à la face, d'autres, aux avant-bras (diète ; eau gaz. ; sol. gom. ; expectation).

Les deux jours d'après, l'éruption devient générale et présente le groupement caractéristique de la rougeole ; les papules qui la constituent ont la grosseur *d'une forte lentille* chacune.

L'éruption s'affaisse ensuite peu à peu et se termine par desquammation dans le deuxième septenaire, sans avoir dépassé la forme papuleuse.

Chez le deuxième sujet, des prôdromes analogues aboutirent à un *herpès zona*, circonstance qui nous autorise à relater cette observation à côté des cas de fièvres éruptives.

Obs. B..., 53 ans, blanchisseuse, constitution faible, tempérament nervoso-bilieux, entre à la clinique le 29 janvier (salle Sainte Félicité, n° 7). Début, il y a quatre jours, par de petits frissons suivis de chaleur, du malaise, de l'abattement, de la courbature, de la céphalalgie, des vomiturition. Douleurs lombaires. Mouvement fébrile modéré.

A son entrée, état gastrique bilieux prononcé, peau sudorale, pouls 90. A la région fessière et iliaque gauche, apparaissent, sur une base rouge enflammée, des groupes d'élevures circinnées, déjà vésiculeuses en certains points, séparés par des intervalles de peau saine et s'arrêtant nettement à la ligne médiane.

Il n'est pas possible de méconnaître un herpès zona. Le point couvert par l'éruption est le siége d'une sensation de cuisson très pénible, et en outre de douleurs vives, lancinantes, de forme névralgique, partant de la région lombaire et s'irradiant dans la partie antérieure de la cuisse (ipéca ; onct. huileuses ; cataplasmes).

Les jours suivants, l'éruption se développe et se caractérise de mieux en mieux. La fièvre tombe et les symptômes gastriques s'amendent ; mais les douleurs locales continuent (onct. laudanisées).

Quatre semaines après, alors que l'herpès avait entièrement disparu, elles persistaient encore avec le même caractère. Deux vésicatoires successifs, pansés à la morphine, parvinrent seuls à les enlever.

On sait que MM. Louis, Rayer, Parrot et d'autres auteurs encore ont rapporté des cas dans lesquels ces douleurs ont duré plusieurs années après la guérison de l'éruption.

Deux cas d'*urticaire* chez des femmes, un cas de *miliaire rouge* suivi de mort, chez un homme atteint d'érysipèle infec-

tieux, et un cas de *scarlatine hémorrhagique*, complètent cette série. Voici les détails de ce dernier fait :

Obs. Marie S..., 18 ans, bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin, bien réglée, vient à la clinique le 29 novembre (salle Sainte-Félicité, n° 19). Elle est malade depuis deux jours. A son entrée : fièvre intense, éruption scarlatineuse bien caractérisée, confluente à la peau, au cou et sur la poitrine — où elle donne lieu à une teinte rouge écarlate, uniforme — disséminée sous forme de plaques pointillées sur les bras, les jambes et l'abdomen. Angine modérée ; langue rouge sur les bords, blanche au centre ; céphalalgie ; nausées (Diète ; limon.).

Les deux premiers jours, la maladie semble suivre ses phases régulières. Rien ne fait supposer une fin prochaine.

Dans la nuit du 1er au 2 décembre, la malade est prise de selles sanguinolentes. L'interne de garde croit avoir affaire à une dysenterie et prescrit des lavements émollients laudanisés : les évacuations continuent presque sans interruption ; plus de deux litres de matières liquides constituées presque entièrement par du sang noir, grumeleux, sont rendus jusqu'au matin.

A la visite, nous trouvons la malade mourante : extrémités froides, pouls à peine perceptible. L'éruption a pris un aspect ecchymotique ; elle semble formée par l'agglomération d'une foule de petites pétéchies. (Lav. froid à l'acétate de plomb. — Linges chauds autour du corps. — Vin cordial.)

Mort au bout d'une demi-heure.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après, nous constatons que l'hémorrhagie s'est produite par une simple exsudation à la surface interne du colon descendant et du rectum ; 400 grammes environ de liquide sanguinolent, grumeleux, exactement semblable à la matière évacuée par les selles, y sont recueillis La muqueuse ne présente aucune solution de continuité ; elle n'est qu'un peu boursouflée, de teinte livide. Le colon transverse, le cœcum, l'intestin grèle sont parfaitement sains, de même que tous les autres viscères, poumons, cœur, cerveau, etc.

Rien dans les anamnestiques ne rend compte du lieu d'élection de cette hémorrhagie ; la malade n'était point sujette à des flux intestinaux, elle n'était pas à l'époque menstruelle, et la veille encore elle avait rendu des selles normales. Il ressort cependant des données fournies par l'autopsie, que l'administration en temps opportun, par le rectum, des

moyens que commandait la situation, eût, selon toute probabilité, sauvé la malade, puisque le point de départ de l'hémorrhagie y était si nettement localisé.

La similitude des accidents ultimes nous engage à relater, à côté de cette observation, le fait qui suit, bien que sa nature pathogénique lui eût assigné une autre place dans nos cadres. Il s'agit d'un *purpura hémorrhagique aigu*, dans lequel la terminaison fatale fut amenée par une hémorrhagie *urétrale*.

Obs. N..., 29 ans, constitution en apparence bonne, tempérament lymphatique, est apporté à la Clinique, le 22 janvier, presque à l'agonie. Renseignements très-incomplets : la maladie n'aurait débuté qu'il y a trois jours. A la visite, nous constatons : affaissement extrême ; pouls petit, mou, très fréquent ; peau assez chaude, sauf aux extrémités. Tout le corps est couvert d'une infinité de petites taches livides, pétéchiales — présentant assez bien la disposition granitique des plaques scarlatineuses — mais à côté desquelles s'observent des infiltrations sanguines plus grandes, irrégulièrement disséminées dans le tissu sous-dermique. Pas d'état scorbutique des gencives. (Limon. sulfurique ; — vin de quinquina. Bll.)

Une heure à peine après la visite, se déclare une hémorrhagie abondante par l'urètre. Des injections froides l'arrêtent un instant ; elle se répète ensuite : le malade déjà très affaibli succombe dans la soirée. Plus de 500 grammes d'un sang très fluide, noirâtre, s'étaient écoulés de la sorte.

Les détails de l'autopsie sont malheureusement incomplets. Forcé de l'interrompre, à peine commencée, nous confiâmes cette opération à un aide, qui examina avec soin les viscères des trois cavités, y compris les reins, mais négligea d'ouvrir la vessie et l'urètre. ...

Nous ne pouvons donc préciser exactement le point de départ, non plus que la raison d'être, de l'hémorrhagie. Nous dirons seulement que les reins, comme tous les autres organes, furent trouvés sains, et que, d'après les renseignements fournis par la famille du sujet, il n'avait jamais présenté antérieurement de symptômes de cette nature.

Fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde ne s'est offerte à notre étude que d'une manière tout exceptionnelle. Cette particularité nous a d'autant plus frappé, que d'une part, nous avions observé jusque-là en Alsace, où, comme on le sait, l'affection dont il s'agit est fort commune, et où dès-lors nous avions été habitué à la rencontrer fréquemment, et que, de l'autre, nous voyions sur les relevés nécrologiques officiels fournis par nos habiles confrères de la ville, cette même maladie figurer pour un chiffre assez fort. Peut-être nous trouvera-t-on trop exigeant dans la spécification de nos diagnostics ?... Le fait est cependant que sur environ 400 malades qui ont été traités dans nos salles pendant les deux semestres scholaires, nous avons eu à peine *un* seul cas de fièvre typhoïde franche. Trois ou quatre sujets ont bien présenté des symptômes gastriques avec mouvement fébrile plus ou moins accusé — dont on eut volontiers, en pyrétologie, pu faire des fièvres gastriques ou bilieuses — mais pour lesquels l'amendement rapide obtenu *au bout de peu de jours*, sous l'influence du traitement approprié, ne permettait guère d'admettre l'affection dothinentérique.

Chez deux malades où les phénomènes initiaux donnaient toute chance à l'invasion d'une fièvre typhoïde, nous les vîmes, dans le premier cas, aboutir à une pneumonie dont le traitement, institué suivant le mode habituel, les fit rapidement disparaître ; dans le second, se résoudre en une péritonite, à marche insidieuse, quasi-latente pendant la vie, et que l'autopsie démontra parfaitement indépendante de toute altération folliculeuse.

C'est qu'on oublie trop souvent que l'état typhoïde n'est pas une entité nosologique, mais bien un ensemble de symptômes se greffant sur une foule d'affections diverses, et dont

le point de départ doit être le plus ordinairement cherché dans une localisation. Si, dans la fièvre typhoïde proprement dite, tout fait supposer que la lésion des follicules intestinaux n'est que *secondaire*, il n'en est pas moins certain que cette altération constitue un élément, sinon constant, caractéristique, du moins d'une fréquence telle que les opinions les plus dissidentes s'accordent à en reconnaître l'importance : les différences essentielles n'ont guère trait qu'à son interprétation doctrinale, et c'est là un point qu'il ne nous appartient pas de discuter en ce moment.

Nous faisons nos réserves à l'égard du *typhus*, dans lequel l'absence de symptômes intestinaux est au contraire la règle, et dont la non-identité avec la fièvre typhoïde est un fait acquis à la science, depuis les travaux de M. le professeur Forget, de M. Félix Jacquot et d'autres savants observateurs. Si divers points de leur symptomatologie, considérés *isolément*, semblent confondre ces deux affections, des différences essentielles résident par contre dans leur physionomie générale et surtout dans la marche, dans la succession des phénomènes, et dans la durée totale de la maladie.

Il est néanmoins des cas intermédiaires, dans lesquels le diagnostic reste douteux : tel est le fait suivant, qui n'a présenté ni la marche rapide, ni l'éruption pétéchiale habituelle au typhus, et où les symptômes abdominaux ont fait défaut. Il faut dire toutefois que les anamnestiques sont très imparfaits, et que nous n'avons pu assister, pour notre part, qu'à la phase ultime de la maladie, ce qui atténue beaucoup la valeur de l'observation.

Obs. H..., 44 ans, entrée à la clinique (salle Ste-Félicité, n° 11) le 22 janvier. Les personnes qui l'amènent disent qu'elle est malade depuis 18 jours environ, et qu'elle est en délire depuis 5 à 6 jours. Voici l'état que nous constatons : Émaciation considérable, regard hébété, pas de réponses, délire, carphologie, soubresauts de tendons, lèvres et dents fuligineuses, langue brûlée, narines pulvérulentes. Peau

chaude, pouls petit et fréquent. Pas de symptômes abdominaux ; pas de taches rosées ; quelques ronchus dans la poitrine. Commencement d'escharre au sacrum (fièvre putride?)

Les jours suivants l'adynamie prédomine.

L'opium, le camphre, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque restent sans effet.

L'escharre du sacrum s'étend ; d'autres se développent aux trochanters, aux genoux, aux malléoles ; la malade succombe le 29 janvier.

A l'autopsie, faite 26 heures après la mort, légère congestion des méninges ; cerveau sain ; engouement pulmonaire modéré : les poumons crépitent néanmoins dans toute leur étendue et surnagent. Rien au cœur.

Rien dans les viscères abdominaux ; l'intestin grêle et les environs de la valvule iléo-cœcale ne présentent aucune trace de lésion actuelle ni ancienne des follicules. Reins sains.

Choléra.

En plaçant ici, comme transition entre les maladies fébriles générales et celles de l'appareil digestif, les cas de *choléra*, nous n'avons nullement l'intention de rien préjuger sur la nature intime d'une affection dont l'essence nous échappe; nous avons eu égard seulement à ses symptômes les plus saillants.

Six cas se sont présentés, dont deux chez les femmes : tous à l'époque où la maladie sévissait d'une manière épidémique en ville et dans les environs (fin décembre et commencement de janvier). Ils ont été très graves, car cinq des malades ont succombé ; un seul a guéri, après avoir deux fois rechûté, et nous avoir donné également les plus sérieuses inquiétudes. Il avait été traité par la voix vomique ; les autres avaient été soumis aux moyens classiques.

Nous ne nous y arrêterons pas davantage.

APPAREIL DIGESTIF.

Embarras gastrique.

Nous avons signalé plus haut l'importance de la complication gastrique bilieuse dans les fièvres paludéennes. Dans d'autres circonstances, cet état s'est rencontré isolément ; sept cas de ce genre figurent dans nos tableaux ; la plupart ont été apyrétiques ; trois fois seulement une réaction fébrile plus ou moins prononcée les accompagnait.

L'administration, selon l'indication, de vomitifs, de purgatifs, ou d'antiphlogistiques légers (boissons amères ou acidules) a été, dans tous ces cas, suivie d'un prompt retour à la santé.

Dysenterie.

Les *dysenteries* et *diarrhées* sont ici très fréquentes et souvent fort rebelles, surtout dans la saison des chaleurs, où elles revêtent parfois un caractère de haute gravité. Des 21 cas observés pendant le semestre d'hiver, 17 se rapportent aux deux premiers mois : la plupart sévissaient chez des sujets atteints de cachexie paludéenne ; un tiers environ étaient compliqués de fièvre intermittente actuelle.

On voit d'après cela que leur époque classique correspond à celle des fièvres paludéennes : à ce point que certains auteurs, et M. Haspel (1) en particulier, n'ont pas hésité à assimiler, eu égard à leur étiologie, ces deux groupes d'états morbides. Nous pensons qu'on ferait erreur en généralisant cette théorie, et lui accordant un caractère trop exclusif ; ce

(1) *Des maladies de l'Algérie*, 1852, t. II.

qui ne veut pas dire que, dans maintes circonstances, l'influence pathogénique du miasme paludéen ne doive être prise en considération. Dans nombre de diarrhées atoniques, l'extrait de quinquina nous a rendu d'excellents services ; d'autre part, dans les dysenteries accompagnées d'accès fébriles, le spécifique, en élaguant une complication qui réagissait le plus souvent d'une façon manifeste sur les symptômes fluxionnaires, devenait un adjuvant précieux du traitement. L'opium était combiné, dans ces cas, au sel quinique, de manière à sauvegarder le mieux possible l'état irritatoire et spasmodique du tube digestif.

Quant à la dysenterie en elle-même, l'ipéca en infusion, simple ou associé au laudanum, parfois de légers purgatifs, plus souvent les émollients, les opiacés ont fait les frais du traitement.

Chez quelques malades, l'état subaigu a assez longuement persisté ; chez d'autres la chronicité s'était établie avant l'entrée à l'hôpital : le sous-nitrate de bismuth et les astrigents, unis à une alimentation sévère, mais légèrement tonique, ont été mis en usage dans ces cas, le plus souvent avec succès.

Deux fois cependant notre intervention fut vaine ; la mort survint et l'autopsie constata des lésions profondes de la muqueuse, de vastes ulcérations tout le long du trajet du gros intestin.

Il n'en a plus été de même chez un sujet enlevé, dans le courant du deuxième semestre, par une diarrhée incoërcible, datant de plusieurs mois, qui l'avait réduit au marasme, et pour lequel l'examen cadavérique ne dévoila, à notre grand étonnement, aucune altération appréciable du tube intestinal.

Nous ne mentionnons que pour mémoire, quatre cas *d'an-*

gine et deux de *gastralgie*, qui ne méritent point de nous arrêter.

Affections du foie.

Deux *ictères simples* étaient symptomatiques d'une irritation gastro-intestinale.

Deux cas de *cirrhose* avec ascite et œdème des pieds, aisément diagnostiqués pendant la vie, ont été suivis de mort et contrôlés à l'autopsie.

Dans le cas suivant d'*hépatite aiguë*, la douleur concomitante de l'épaule droite, signalée par les auteurs, a été très intense : c'est à ce titre surtout que nous transcrivons ici l'observation, qui du reste offre un spécimen-type d'une affection que l'on sait assez commune en Algérie.

Obs. A..., 33 ans, facteur, constitution bonne, tempérament bilieux, entre à la Clinique (salle St-Nicolas, n° 42), le 12 décembre. Il a eu déjà plusieurs congestions hépatiques. Début il y a trois jours, sans cause connue, par des frissons suivis de chaleur, du malaise, de la céphalalgie, des nausées, des vomissements, de la pesanteur épigastrique et des douleurs à la région du foie et surtout à l'épaule ; l'ictère s'est rapidement développé.

A notre visite, le 13, nous le trouvons dans l'état suivant : ictère général, peau chaude et sèche, pouls fébrile, langue blanche, forte céphalalgie, douleur très vive à l'épaule droite, on n'y remarque ni rougeur ni gonflement. La région hépatique est le siége d'un empâtement douloureux : on perçoit le rebord du foie au-dessous des fausses côtes ; les douleurs se produisent spontanément, la pression les rend intolérables. Constipation, nausées, urines brunes, précipitant abondamment en bleu par l'acide nitrique. (15 sangsues à l'hypochondre. Catapl ; eau de seltz ; diète.).

Le 14, peu de changement, les sangsues ont toutefois produit un soulagement local. (Purgation avec calomel et jalap, aa. 0 gr. 75; catapl.: bain général ; diète.).

Le 15, la douleur de l'épaule droite a beaucoup diminué, celle de l'hypochondre est également moindre. La fièvre tombe. (Bain gén ; frictions belladonées ; Bll.).

Le 16 et les jours suivants, les symptômes continuent à s'amender ; en même temps que se résout la fluxi n hépatique.

la douleur de l'épaule disparaît, l'ictère se dissipe, la circulation redevient normale, l'appétit renaît. Il reste un certain degré d'engorgement du côté du foie ; un emplâtre de ciguë, des pilules de ciguë et calomel, l'eau de Vichy, sont administrés pour en hâter la résolution.

Le malade sort guéri le 28 décembre.

Voici un cas d'*abcès du foie*, remarquable par la latence de l'invasion et par le volume énorme qu'occupait la collection.

Obs. A..., Maltais, 37 ans, constitution chétive, émacié, entre à la Clinique le 2 janvier (salle Saint-Nicolas, n° 36). Amaigrissement progressif depuis 5 ou 6 mois, sueurs le soir ; le ventre s'est tuméfié peu à peu, en même temps que les jambes ont commencé à s'infiltrer ; parfois un peu de pesanteur, jamais de douleurs vives, du côté du foie.

Etat actuel : Apyrexie ; ictère ; ascite considérable avec œdème des extrémités inférieures. Tumeur arrondie, fluctuante, perceptible à l'œil, au-dessous des fausses côtes droites et vers l'épigastre ; à la palpation, on perçoit une couche liquide, fuyant sous les doigts, provenant de l'ascite, et séparant la tumeur des parois abdominales.

Le diagnostic ne laisse aucun doute, et, après une consultation avec MM. les professeurs A. Bertherand et Trollier, l'ouverture de l'abcès est décidée. Nous y procédons le 5 janvier : une traînée de pâte de Vienne est appliquée sur la partie la plus saillante, de façon à produire une escharre de 3 centimètres de longueur, sur 1 centimètre de largeur ; celle-ci est incisée le lendemain, et une nouvelle couche du caustique appliquée sur le plan profond des muscles abdominaux. Une compression méthodique, régulière, au moyen d'un bandage de corps et de plumasseaux de charpie, est opérée à ce niveau, afin de chasser le liquide péritonéal et de favoriser la production d'adhérences.

Pendant trois jours, tout allait bien ; le quatrième, malgré les précautions employées, se déclare une péritonite suraigüe qui enlève le malade en 18 heures.

Autopsie. Péritonite généralisée, surtout intense vers l'hypochondre droit, d'où est parti le travail inflammatoire. Indépendamment de nombreux flocons fibrino-albumineux exsudés à la surface des viscères, il s'écoule 10 à 15 litres de sérosité citrine, due à l'ascite ancienne. Le liquide s'était insinué au-devant du foie, — sans doute sous l'influence de mouvements intempestifs du malade, — et avait empêché les adhérences péritonéales de se former.

L'escharre en se détachant avait produit une perte de substance de la séreuse... Le foie a la forme d'une poche énorme, presque sphérique, descendant au-dessous du paquet intestinal jusque dans la fosse iliaque droite, et dépassant la ligne médiane. Il renferme une vaste cavité, creusée aux dépens de son lobe droit, et remplie de *quatorze litres* d'un pus grisâtre, mal lié ; ses parois, formées par le parenchyme de l'organe étalé en couche mince, ont à peine 1/2 centimètre d'épaisseur. Le lobe gauche est comme atrophié.

Lésions du péritoine.

Une *péritonite aiguë*, consécutive à une suppression de règles, chez une femme de 24 ans — très grave et guérie après une double rechûte —

Deux cas d'*ascite* isolée, sans anasarque,

Et un cas de *dégénérescence squirrheuse* de la séreuse, représentent cette série.

Ce dernier fait mérite des développements, comme ayant présenté le plus haut intérêt au point de vue de l'analyse clinique.

Obs. H.., femme de 67 ans, constitution primitivement robuste, tempérament lymphatique, se trouvait depuis quatre mois déjà à la Clinique (salle Sainte-Félicité, n° 8), au moment où nous prîmes le service. Elle y avait été traitée pour une ascite, restée rebelle à tous les moyens classiques ; la paracentèse avait été pratiquée deux fois.

Nous constatons l'existence d'une quantité considérable de liquide dans la cavité péritonéale, et en outre un double œdème des extrémités inférieures. Cet œdème ne date que de deux mois environ ; les premiers symptômes abdominaux se sont développés, il y a un an, au milieu des apparences de la santé la plus florissante ; ils ont progressé d'une manière lente, *sans douleurs*, hors quelques sensations vagues, pesanteurs, tiraillements, du côté des hypochondres, spécialement à droite.

Les divers appareils organiques semblent sains.

Ces considérations nous font pencher, par exclusion, vers l'hypothèse d'une cirrhose du foie, d'autant plus que cet organe, exploré à la suite de la dernière paracentèse, n'avait point été senti au niveau des fausses côtes : la matité hépa-

tique ne commençait même qu'à deux travers de doigt au-dessus de ce point.

Les diurétiques, purgatifs, sudorifiques, restent sans effet aucun. Nous ponctionnons la malade le 28 novembre ; le soulagement n'est qu'éphémère, l'ascite récidive rapidement ; l'œdème des jambes gagne de plus en plus : il devient dur et très douloureux (phlegmasie blanche).

Nous sommes frappé à ce moment de ce fait, que malgré le décubitus habituel sur le côté gauche, c'est à droite que le gonflement est le plus intense : nous explorons le sujet par le toucher, et nous constatons, ainsi que nous nous y attendions, une tumeur du petit bassin : elle est lisse, arrondie, obscurément fluctuante, et paraît développée dans le col de la matrice, mais ses limites et sa nature sont difficiles à préciser. Nous n'hésitons pas à rattacher à cette cause la particularité que nous venons de signaler, tout en maintenant à la fois, comme probable, l'hypothèse précédemment émise à l'endroit de la coexistence de l'ascite avec un double œdème.

Nous étions loin de nous attendre au résultat que peu de temps après nous offrit l'autopsie. La malade, en effet, ayant succombé le 25 décembre, à la suite d'une dernière paracentèse, nous trouvons le péritoine parsemé, dans toute son étendue, d'une foule de petites plaques squirrheuses, avec extension à la plupart des ganglions mésentériques..., et dans la cavité pelvienne, un double kyste de la matrice et des ligaments larges, comprimant de chaque côté la veine iliaque correspondante..., le foie parfaitement sain, mais retenu derrière les fausses côtes par des adhérences et des brides celluleuses anciennes.

Il y avait donc là *une triple cause locale*, comme source de trois éléments dont l'association reconnaît presque toujours — et paraissait devoir reconnaître également ici — une étiologie commune. On notera l'invasion insidieuse de cette dégénérescence du péritoine, et les conditions particulières dans lesquelles se trouvait le foie en raison des adhérences signalées à sa surface, circonstance qui devait corroborer encore l'idée d'une atrophie de son tissu.

Nous ferons remarquer que ce cas était propice à la production d'une obturation embolique du poumon. La malade ayant présenté, dans les jours qui précédèrent la mort, des accidents thoraciques sérieux, notre investigation avait été

dirigée tout spécialement dans ce sens. C'est le plus souvent à la suite d'obstruction mécanique plus ou moins complète des veines de la cavité pelvienne, que les caillots formés dans leur intérieur viennent, entraînés par le courant circulatoire, traverser les cavités droites du cœur, et s'arrêter dans les ramifications de l'artère qui en émane. La mort subite peut en être la conséquence ; plus souvent se produisent des lésions graves du tissu pulmonaire, qui entraînent le même résultat dans un délai plus ou moins éloigné... Chez le sujet en question, nous n'avons point rencontré de lésion de cette nature. Il y avait dans les deux poumons un simple engouement hypostatique.

Quant aux deux cas d'*ascite* mentionnés plus haut, l'un resta pendant plusieurs mois réfractaire à tous les traitements, avec seulement des oscillations de mieux et de moins bien: l'autre se dissipa rapidement sous l'influence d'applications diurétiques locales. Cet effet se prodnisit sans émotion sensible du côté des urines, par une action comme catalytiqne ; l'observation, à ce point de vue, se rapproche de celles fournies par MM. Trousseau et Chrestien, et c'est ce qui nous engage à la résumer en quelques mots.

Obs. Un Arabe, âgé de 29 ans, de constitution médiocre, entre à la Clinique le 20 mars. Début il y a six semaines seulement, sans cause connue : douleurs vagues dans les flancs, développement rapide de l'abdomen. Il se présente à notre examen avec une ascite énorme, sans ictère, ni œdème. Le liquide est si abondant, qu'il passe par dessus les intestins et donne lieu à une matité *générale ;* la percussion profonde n'offre une nuance de sonorité que dans les environs de l'ombilic. Les flancs sont douloureux, mais il semble que c'est un résultat de l'extrême distension des parois; il n'y a guère de signes de péritonite chronique.

Nous prescrivons néanmoins, par précaution, quelques frictions mercurielles belladonées , en même temps que des fomentations avec parties égales de teinture de scille, de teinture de digitale et d'eau (60 grammes par jour).

Plus tard, nous insistons seulement sur ce dernier moyen.

Un purgatif est administré tous les huit jours; chiendent comme boisson.

Les deux premières semaines, il y a peu d'amélioration; on voit ensuite le liquide se résorber très rapidement, *sans qu'il y ait augmentation bien appréciable des sécrétions urinaire ou sudorale.*

A sa sortie, le 29 avril, le malade semble entièrement guéri. Nous ne l'avons point revu depuis lors.

APPAREIL RESPIRATOIRE.

Pneumonie.

Nous avons, dans les premières pages de ce résumé clinique, rendu compte de la prédominance, durant la seconde moitié du semestre, des mouvements fluxionnaires et inflammatoires du côté des organes de la respiration, en signalant les conditions qui devaient avoir influencé la constitution médicale de cette période.

Sur 17 cas de *pneumonie*, 6 sont en effet entrés dans nos salles, du 29 mars au 5 avril: c'était une affluence vraiment épidémique; les autres sont répartis de la manière suivante : décembre, 3; janvier, 4; février, 4. Relativement au sexe, 4 se sont rencontrés chez les femmes; 13 dans le service des hommes.

Si nous y joignons les 5 cas observés pendant le semestre d'été, et dont 3, appartenant à la deuxième quinzaine d'avril et aux premiers jours de mai, forment avec les précédents une série assez naturelle, nous avons un ensemble de 22 faits — à propos desquels nous allons entrer dans quelques considérations ayant surtout trait à la thérapeutique que nous avons suivie.

Nous avons été très sobre d'émissions sanguines. Une seule

fois, une saignée générale de 300 gr. fut prescrite : c'était chez un sujet vigoureux, âgé de 32 ans, entré le 5 avril (salle St-Nicolas, n° 43), atteint de pneumonie à son deuxième jour, avec appareil fébrile intense et forte congestion vers la tête. Plus fréquemment, surtout quand la douleur de côté était vive, en même temps que l'invasion récente, nous ordonnions l'application, presque toujours isolée, d'une quinzaine de sangsues ou de ventouses, *loco dolenti.*

Le plus souvent, nous abordions d'emblée la médication interne.

Ce n'est pas que nous abondions sans réserve dans le sens de la réaction dirigée récemment — d'une manière trop absolue, nous le pensons, bien que sous l'égide de noms d'une haute valeur (1) — contre la méthode des évacuations sanguines. Il est probable, au contraire, que plusieurs de ces malades, nous les eussions saignés à la latitude de France ; sous le ciel d'Afrique, les conditions sont différentes. Comme beaucoup de nos savants confrères de la localité, nous avons été frappé, dès nos premiers pas sur ce terrain, des effets de sidération, de prostration profonde qu'amènent trop fréquemment, même sur des sujets dont l'état semblait bien l'indiquer, les déplétions sanguines. Nous nous sommes fait une règle de n'y recourir que d'une manière tout exceptionnelle, alors, par exemple, que les symptômes concomitants dénotent une réaction exagérée, et nos résultats nous autorisent à nous en féliciter.

Il est évident que du moment où l'on peut l'éviter, il devient rationnel, dans l'intérêt même de leur retour complet à la santé, de ménager le sang des malades. Ne point saigner, du reste, ce n'est pas pour cela, faire de l'expectation, et quoiqu'il résulte de recherches dues à de consciencieux observateurs, qu'abandonnée à elle-même, la pneumonie franche

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 6 et 8 sept. 1859 [M. Beau] ; *Archives génér.*, septembre 1859 [Legendre] ; *Union médicale*, 3 janv. 1860 [M. Bourgeois, d'Étampes], etc.

peut guérir spontanément — et que même leurs statistiques puissent rivaliser avec les résultats fournis par certaines médications actives — il n'en est pas moins vrai qu'une intervention énergique *bien dirigée* donne, dans une foule de cas cliniques, des succès trop incontestables, pour que l'on doive se résoudre à abandonner aux chances d'une éventualité douteuse une maladie qui menace aussi sérieusement un organe essentiel à la vie ; seulement s'agit-il de savoir bien préciser l'indication thérapeutique.

Pour nous, et sans en vouloir exagérer l'importance, nous laisserons parler, en regard des principes qui nous ont guidé, les résultats dont nous pensons leur être redevable.

De nos vingt-deux pneumoniques — nous ne parlons que de pneumonies bien caractérisées — *un seul* a succombé ; encore nous semble-il permis de faire abstraction de ce malade, entré le 31 mars (salle St-Nicolas, n° 43) au *onzième* jour de son affection, et qui, mort le surlendemain, présenta à l'autopsie une *hépatisation grise*, avec infiltration purulente générale de la totalité du poumon droit. Personne ne s'avisera de nous rendre responsable de la terminaison fatale d'une pneumonie déjà arrivée au 3e degré — on est à peu près en droit de l'affirmer - alors que nous l'avons reçue dans nos salles.

Sans doute avons-nous eu affaire à une série heureuse... Nous ferons cependant remarquer, à l'endroit de la constitution médicale régnante, que les pneumonies qui sévirent en ville, durant la période qui spécialement nous occupe, furent graves et fournirent une mortalité relativement considérable, — d'après le témoignage de plusieurs confrères avec qui nous en causâmes — et à en juger par les relevés officiels fournis par la *Gazette médicale de l'Algérie* : voici, en effet, extraits de ses bulletins nécrologiques, les chiffres inscrits à la rubrique *Bronchite, Pneumonie* pour les années 1858, 1859 et 1860 :

	1858.	1859.	1860.
Février......	29	31	41
Mars........	25	16	40
Avril........	18	31	30

Les antimoniaux et les vésicatoires ont constitué, dans la majorité des cas, pour les pneumonies franches ou catarrhales, la base du traitement.

L'effet antiphlogistique des préparations antimoniales et du tartre stibié en particulier, subit, de la part des conditions climatériques locales, une influence analogue à celle que nous avons signalée plus haut pour les déplétions sanguines. Leurs propriétés contro-stimulantes dépassent ce que l'on en voit obtenir en France, et leur emploi devient, entre des mains prudentes, une ressource précieuse dans un grand nombre de cas.

Administré à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 dans les 24 heures, le tartre stibié produisait toujours une sédation *rapide* de la circulation : dès la 2e ou la 3e dose, le pouls avait diminué de 10 à 20 pulsations ou davantage, et souvent était descendu au-dessous du chiffre normal. Chez une femme, de forte constitution, entrée le 29 mars, avec une pneumonie du côté gauche en voie ascendante, il tombait, après la deuxième dose déjà, de 104 à 60 ; chez un homme, vigoureux également, entré le 3 avril (nº 32) la troisième prise l'avait porté de 92 à 52, tout en lui conservant son ampleur et sa régularité.

La tolérance s'obtenait presque toujours (4 fois sur 5) ; l'émétique était en général additionné de sirop diacode, en vue de la faciliter. Quand nous jugions la sédation suffisante, nous remplacions – dans le but de l'entretenir modérée — la potion stibiée par le kermès ou l'oxyde blanc, donné à dose décroissante pendant quelques jours encore. Dans d'autres cas, nous supprimions toute médication ultérieure, nous

bornant à surveiller le travail de résolution. Il est, à ce point de vue, essentiel de se rendre un compte exact de *la phase d'évolution* de la maladie. Maintes fois nous insistions, auprès de nos élèves, sur l'importance qu'il y a, pour le clinicien, à ne point la confondre avec le *degré* d'altération anatomique. Cette dernière notion est à coup sûr utile, puisqu'elle permet de suivre la marche de la lésion locale, mais elle n'est que *secondaire* au point de vue pratique, car la même altération de parenchyme, et partant, les mêmes phénomènes locaux, peuvent appartenir tout aussi bien à une pneumonie en voie ascendante, qu'à une pneumonie arrêtée dans son développement, et prête à entrer en résolution : loin d'être identique, l'indication thérapeutique sera essentiellement différente dans ces deux cas. Le travail pathologique dont la percussion et l'auscultation nous rendent compte, se reflète d'une manière plus expressive encore dans l'ensemble des symptômes fonctionnels. Sitôt que la fièvre est tombée, quel que soit à ce moment le degré de lésion du tissu pulmonaire, le rôle des antiphlogistiques actifs a cessé : les produits exsudés se résorberont peu à peu.

De larges vésicatoires volants étaient appliqués dès le deuxième ou troisième jour, concurremment avec les préparations antimoniales ; ordinairement, nous les répétions une ou deux fois. Nous pensons fermement avoir tiré grand profit de cet adjuvant. Le chiffre modeste des faits sur lesquels nous nous basons, nous commande toutefois de ne formuler cette assertion qu'avec timidité, en face de l'opinion de beaucoup d'éminents praticiens, MM. Louis, Grisolle, Valleix, Trousseau, etc., qui en proscrivent l'emploi, comme inutile dans les périodes avancées, et plutôt nuisible pendant le fort de la maladie.

Ces vésicatoires ont été pansés dans quelques cas à l'onguent napolitain.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'employer la médication mercurielle proprement dite. On l'a vantée surtout, associée aux émissions sanguines modérées, contre la forme à exsudation très plastique, contre la forme dite *fibrineuse*. Dans ces pneumonies, qui marchent très rapidement, le mercure agirait, moins sur l'élément hypérémique, que sur les produits exsudés eux-mêmes, dont il empêcherait le développement ultérieur, en y entravant le travail intime qui, sous l'influence de l'inflammation, tend à leur transformation suppurative. Le mercure, en diminuant la plasticité du sang, modifie les conditions qui rendent ces pneumonies particulièrement graves (1).

L'intensité et la violence de la fièvre, la marche très rapide des symptômes locaux, donnent la présomption d'une pneumonie de ce genre, en l'absence des concrétions fibrineuses, moulées sur les dernières ramifications bronchiques, retrouvées dans les crachats et qui représentent l'élément pour ainsi dire palpable du diagnostic.

Nous pensons que l'on doit réserver la médication hydrargyreuse pour ces cas seulement, et ne point exposer, dans les cas simples, les malades à la chance des accidents que peut toujours entraîner, même entre les mains les plus habiles, l'administration du mercure à dose élevée.

Dans un cas cependant (homme de 46 ans, entré le 19 décembre, lit n° 43), où la pneumonie traitée d'abord par le tartre stibié, s'est compliquée sous nos yeux d'une inflammation aiguë de la plèvre, nous avons donné le calomel à doses réfractées (0 gr. 05 en 3 fois dans les 24 heures), pendant plusieurs jours, concurremment avec deux émissions sanguines *locales* et des vésicatoires : on sait que le calomel a été spécialement préconisé contre l'inflammation des séreuses. La pneumonie et la pleurésie ont été conjurées à la fois. La période *aiguë* passée, restait l'élément *épanchement*

(1) Voy. Schützenberger, *Clinique*, etc. ; *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 355 et suiv.

pleural, dont la résorption réclame, toujours et forcément, un temps assez long, pour peu qu'il soit abondant : elle a chez ce sujet été complète au bout de six semaines.

Les antimoniaux si souvent héroïques, doivent donc, dans certains cas, céder le pas à d'autres médications. Chacun admet que la pneumonie n'est point une maladie univoque ; ses variétés de forme ou de nature, les maladies déjà existantes sur lesquelles elle se greffe, ou celles qui viennent la compliquer, l'influence des conditions individuelles des sujets chez lesquels elle se développe, certaines anomalies dans les phénomènes fonctionnels, etc., sont autant de circonstances qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix de la médication. Ce sont là des principes presque banals, mais sur lesquels il n'est pourtant pas inutile d'insister.

Chez un sujet où l'affection pulmonaire ne s'est présentée qu'à l'état d'engouement, et était compliquée d'un état bilieux très prononcé, nous avons donné l'ipéca en infusion (1 gr. à 2 gr.) continué pendant quelques jours, d'après la méthode classique, comme on le sait, à l'Ecole de Montpellier.

Dans la pneumonie *intermittente*, l'élément périodique prime évidemment l'élément inflammatoire ; la localisation pulmonaire n'étant qu'un *symptôme*, l'indication causale domine l'intervention thérapeutique.

Obs. G..., 20 ans, robuste, tempérament lymphatico-sanguin, entre à la Clinique (salle St-Nicolas n° 41) le 1er mai. Depuis deux jours, céphalalgie intense, fièvre, dyspnée, toux, point de côté à droite. A notre examen, face rouge, peau chaude, pouls à 110, forte céphalalgie, crachats rouillés. L'auscultation ne découvre que quelques râles obscurs à droite (pneumonie centrale). Le tartre stibié est donné pendant 2 jours, sans effet notable.

Le 3 mai, au matin, le pouls est à 100 ; à l'heure de la contre-visite, *4 heures de l'après-midi*, exacerbation de tous les symptômes : céphalalgie surtout extrêmement intense; agi-

tation extrême ; pouls 136 ; crachats plus fortement rouillés. Mêmes signes stéthoscopiques. Le malade fait observer que la veille déjà une recrudescence s'était manifestée à la même heure, et que le calme s'était rétabli dans la soirée. Nous prescrivons 8 décigrammes de sulfate de quinine, à donner le soir.

Le lendemain, 4 mai, pouls 80, calorification à peu près normale, crachats nettoyés, céphalalgie presque nulle. Le tartre stibié est néanmoins continué. Vers 3 heures de l'après-midi, les symptômes reprennent avec intensité, chaleur, fièvre vive, sueurs, forte céphalalgie, crachats rouillés (sulfate de quinine, 1 gr.).

Le lendemain et les jours suivants, pouls 70 ; plus d'exacerbation dans l'après-midi, plus de céphalalgie, ni de crachats rouillés. Il ne reste qu'un peu de toux et une douleur pleurodynique du côté droit (potion diacodée ; liniment camphré, etc.) ; la guérison ne s'est point démentie.

Si l'administration concomitante du tartre stibié défend d'accorder à la quinine tout le mérite de cette guérison, il est cependant manifeste que le spécifique, en arrêtant l'évolution des accès congestifs, élaguait ici un élément que l'émétique ne pouvait atteindre.

Dans les pneumonies dites *passives*, dans celles consécutives au décubitus (pneumonie hypostatique), ou qui sont sous la dépendance d'un état de stase habituelle de la circulation pulmonaire, dans les pneumonies *secondaires* entées sur des tubercules, dans celles qui se développent chez des sujets débiles, anémiques, épuisés par une maladie antérieure, ou bien encore chez les vieillards, les antimoniaux ne peuvent être mis en usage qu'avec une grande réserve. Une affection aiguë ou chronique du tube digestif les contre-indique d'une manière souvent absolue. Le médicament qui, dans tous ces cas, nous inspire le plus de confiance, est l'*acétate neutre de plomb*, prescrit à la dose de 15 à 50 centigrammes dans les 24 heures, soit isolément, soit concurremment avec des révulsifs cutanés, vésicatoires, ventouses sèches, emplâtres stibiés, voire même avec des émissions sanguines locales, si l'indication s'en trouve formellement établie.

A une action sédative sur la circulation, le sel saturnin joint une influence résolutive non douteuse sur les engorgements pulmonaires, et s'il procède moins énergiquement que l'émétique, il ménage aussi mieux les forces des malades, et est plus aisément supporté. Dans la plupart des cas où nous en avons reconnu l'indication, les effets obtenus ont été excellents : nous en appelons à tous ceux qui tant de fois, à nos visites, ont été à même de le constater.

Très répandue en Allemagne, où elle a été surtout patronée par les Drs Ritscher et Burkart (1), cette méthode l'est trop peu, nous le croyons, en France. Elle est parfaitement connue et appréciée dans le rayon de Strasbourg, où quelques médecins l'emploient même d'une manière exclusive : c'est ainsi que dans le n° de mai 1860 de la *Gazette médicale* de cette ville, on peut lire un mémoire de M. le Dr Strohl, qui tend à en généraliser l'usage et à le substituer entièrement et en toutes circonstances, aux préparations stibiées. Nous ne pouvons, pour notre part, partager l'opinion de cet habile et consciencieux praticien, et nous pensons que le sucre de saturne a, tout comme les antimoniaux, ses indications spéciales, applicables aux circonstances énumérées plus haut, et que l'on trouvera du reste présentées avec de plus longs développements dans un compte-rendu clinique de M. le professeur Schützenberger, de Strasbourg (2), aux savantes leçons duquel nous en avons nous-même puisé les premières notions.

Les observations suivantes donnent des faits à l'appui de la médication saturnine.

Obs. R..., 40 ans, lymphatique, constitution moyenne, entre à la Clinique (salle St-Nicolas, n° 30) le 4 janvier, atteint d'une broncho-pneumonie double datant de 5 à 6 jours.

Oppression extrême ; pouls très fréquent, mais mou ; cra-

(1) Voy. *Union médic.* 1855. p. 314 et 330.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1855, pages 355 et suiv.

chats rouillés ; râles s'entendant à distance ; matité, souffle, bronchophonie, avec râles sous-crépitants fins, à la base des deux poumons et jusqu'à l'angle de l'omoplate. Râles disséminés de grosseurs diverses.

Nous prescrivons 0 gr. 20 de tartre stibié ; l'intestin en est très éprouvé ; selles presque continuelles durant toute la nuit.

Le 5, au matin, le malade se lève à grand peine, et, trompant la surveillance des infirmiers, sort de la salle ; on le porte défaillant à son lit, où nous le trouvons à notre visite avec des râles trachéaux, le pouls très fréquent, petit, irrégulier. (Sinapismes aux extrémités ; large vésicatoire en arrière, à droite, où la fluxion semble la plus intense ; Bll. chaud).

Comme une influence cholérique règne dans la salle, nous craignons de soumettre à une nouvelle épreuve l'excessive sensibilité du tube intestinal, et nous ordonnons 0 gr 30 de *sucre de saturne*, à prendre dans la journée.

Le 6, il y a un mieux notable, le pouls a repris sa régularité, il est plus ample et moins fréquent (96) ; le malade a dormi une grande partie de la nuit ; il est calme. Mêmes signes locaux. (Sucre de saturne 0 gr. 40.)

Les jours suivants, l'acétate de plomb est continué, d'abord à 50 centigrammes, puis à dose décroissante, jusqu'au 10 janvier ; vésicatoire à gauche.

Les symptômes pulmonaires s'étaient rapidement amendés, le pouls était tombé à 60 ; le sujet, entré en franche convalescence, circulait déjà dans la salle et nous nous félicitions de l'avoir mené à si bon port, quand le choléra, qui venait de faire deux victimes dans les lits voisins, l'enleva en moins de 10 heures.

L'autopsie nous montra parfaitement libres les poumons atteints quelques jours auparavant d'une double hépatisation.

Nous ne pensons pas qu'aux vésicatoires seuls puisse être attribué un succès aussi prompt et, disons-le, aussi inespéré.

Ici c'était l'irritabilité excessive de l'intestin, en présence d'une constitution cholérique, qui nous avait fait recourir à l'acétate de plomb. Pour le malade dont voici l'histoire, ce furent à la fois l'état du tube digestif et la constitution débile du sujet.

Obs. M..., 58 ans, constitution chétive, détériorée, entre à la Clinique (salle Saint-Nicolas n° 37), le 1er février. Cachexie paludéenne ; diarrhée ayant récemment duré près de 3 mois.

Depuis quelques jours (renseignements incomplets) céphalalgie, toux, fièvre.

A notre visite : prostration extrême ; subdélire ; peau chaude et sèche ; pouls à 100, peu développé ; lèvres et langue brûlées ; toux fréquente. Matité, souffle et râles crépitants secs au sommet du poumon gauche, en avant et en arrière. (*Acét. de plomb* 0 gr. 40 ; pot. diacodée ; Bll.)

Délire pendant la nuit ; le 2, au matin, profonde adynamie ; le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose. (Acét. de plomb 0 gr. 40 ; vin de quinquina, 4 cuill. ; sp.)

Le 4, toux moins fréquente, pouls moins faible et plus lent, peau légèrement moite ; toujours grande faiblesse, cependant le malade répond un peu aux personnes qui lui parlent. (Même trait. ; vésicat.)

Les jours suivants, l'amélioration se dessine peu à peu ; le 12, la circulation est normale, la torpeur s'est dissipée, mais les forces ne reviennent que lentement. Râles de retour.

L'état de l'intestin avait été bon jusque-là. Le 14, le malade est pris de diarrhée, en même temps que de l'œdème apparaissait aux extrémités inférieures. Ces accidents exigent, après la guérison de la pneumonie, un traitement approprié ; un régime analeptique fut ensuite suivi pendant quelques semaines. Le sujet ne quitte la salle que le 7 avril.

Dans l'observation que nous allons relater, c'est l'état constitutionnel qui indiquait la médication.

Obs. A..., jeune fille de 16 ans, frêle, lymphatique nerveuse, non encore réglée, entre à la Clinique (salle Sainte-Félicité, nº 8), le 21 février. Elle vient de l'Arbah, où elle a, à plusieurs reprises, payé un large tribut à la fièvre paludéenne. Début, il y a huit jours, par un frisson, un violent point de côté à droite, de la toux, de la dyspnée.

A notre visite du 22, grande faiblesse ; fièvre, pouls 120 ; point douloureux à droite ; forte dyspnée, toux, crachats muqueux, non visqueux. En arrière, des deux côtés, râles sous-crépitants fins, submatité, plus prononcée à droite, où un souffle tubaire et de la bronchophonie se font entendre, vers l'angle scapulaire. (*Diagnostic :* double engouement, hépatisation à droite.)

L'interne de garde a prescrit la veille au soir 0 gr. 20 d'émétique, dont il a été pris la moitié environ. Les conditions individuelles du sujet nous font préférer l'*acétate de plomb*, dont nous lui faisons prendre 0 gr. 10 d'abord, augmentant les jours suivants jusqu'à 0 gr. 40 ; mauve édulcorée, etc. Deux vésicatoires, puis un emplâtre de poix de Bourgogne stibié sont appliqués successivement.

Le 12 mars, la résolution semblait obtenue ; le sucre de

saturne était supprimé depuis 2 jours et la malade ne prenait qu'une potion diacodée avec 15 centigrammes de kermès, lorsqu'une recrudescence se manifeste dans les symptômes généraux : l'exploration de la poitrine nous fit constater à droite un épanchement pleurétique, qui rapidement s'éleva jusqu'à l'épine de l'omoplate. De nouveaux vésicatoires, le nitre, des purgatifs, etc., furent dirigés contre cette complication, dont la disparition complète se fit attendre plusieurs semaines.

Chez quelques tuberculeux, où des symptômes pneumoniques venaient accuser un développement aigu de la lésion locale, le sel de plomb amena une rémission favorable. Nous l'avons particulièrement constaté pour un malade (M... 40 ans) couché, alors que nous prîmes le service, au lit n° 27 de la salle Saint-Nicolas, où il séjourna toute l'année. Atteint de tubercules déjà ramollis à droite, il subit successivement plusieurs poussées inflammatoires, dont chaque fois le sucre de saturne semblait triompher, en le replaçant dans un *statu quo* relativement satisfaisant.

Si dans d'autres cas, l'évolution fatale de la lésion pulmonaire n'a point été modifiée, c'est que le médicament en question n'a pas, que nous sachions, d'action directe sur le tubercule lui-même ; la phthisie aiguë n'est-elle pas d'ailleurs — ainsi qu'il a été dit — *l'opprobre de l'art ?*

L'administration du sel plombique peut être, généralement, continuée pendant assez longtemps sans accidents aucuns. Quelquefois l'estomac refuse d'accepter des doses un peu fortes ; en interrompant pendant quelques jours, et reprenant graduellement, il les tolère de rechef. Jamais nous n'avons vu son emploi modéré déterminer, ainsi qu'on serait tenté de le supposer, des accidents d'intoxication saturnine : dans son mémoire sur l'*Iodisme*, M. Rilliet (1) a signalé cette immunité, en s'appuyant sur les résultats d'une longue expérience.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1860, n° 15, p. 239 : *note*.

Une des observations que nous venons de relater (celle de M..., n° 37), a présenté dans son appareil symptômatique une anomalie de réaction, qui n'est d'ailleurs pas très rare, et qui, dans le cas particulier, a été la source d'une indication spéciale : nous voulons parler du *délire* et de l'*état adynamique*. Des auteurs ont cité cette complication comme appartenant en propre aux pneumonies du sommet ; mais l'expérience, depuis longtemps, a fait justice de cette appréciation trop exclusive. Pour n'en prendre d'exemple que dans la série dont nous présentons ici le résumé, nous dirons que sur trois pneumonies du sommet, toutes trois exemples de complication tuberculeuse, deux se sont offertes sans délire, et que d'autre part, des quatre sujets chez lesquels des symptômes nerveux se sont manifestés, trois fois la phlogose a porté sur les lobes inférieur et moyen, le supérieur restant parfaitement libre.

Chez le malade en question, un agent tonique et stimulant, le vin de quinquina, a été donné, au plus fort de la pneumonie, parce qu'il devenait urgent de relever le dynamisme nerveux. Ce n'est pas à dire que l'état adynamique implique, nécessairement et d'une manière absolue, l'emploi des toniques, non plus que l'ataxie ne réclame forcément des antispasmodiques. En présence d'une affection de nature inflammatoire, à laquelle il importe de ne point fournir d'éléments excitateurs, le praticien, placé entre deux écueils, pèsera comparativement les indications, et ne procèdera qu'avec une prudence extrême (1).

Dans les trois autres cas que nous avons eus à traiter, nous avons en effet procédé différemment. L'indication fournie par l'état dynamique ne nous a point paru, comme ici, prépondérante, et nous avons préféré marcher directement à la source de la perturbation fonctionnelle, en l'attaquant franchement

(1) Voy. pour le développement de cette idée, les belles pages de M. le professeur Forget dans son *Traité de thérapeutique etc.*, et ses opuscules intitulés : *une épidémie de pneumonie ; des pneumonies anormales*.

par les moyens ordinaires, persuadé que, dans ces conditions, la guérison de la lésion locale entraînerait la rémission des phénomènes nerveux.

Chez l'un de ces malades, entré (salle Saint-Nicolas, n° 26) dans les premiers jours de mai, le délire qui accompagnait le début de la pneumonie, était si violent, que le sujet, reçu à l'hôpital par l'interne de garde, sous la rubrique d'affection encéphalique, avait été placé dans un des cabanons du service des aliénés. Nous constatâmes la lésion pulmonaire, et ne craignîmes point d'annoncer que cet état d'excitation cérébrale tomberait à la troisième dose de tartre stibié. La suite vérifia notre prédiction.

Un jeune homme de vingt-deux ans, entré (salle Saint-Nicolas, n° 25) le 2 janvier, présenta, dans les premiers jours, des symptômes qui semblaient annnoncer une fièvre typhoïde ; prostration extrême, bourdonnements d'oreille, vertiges, céphalalgie très intense, épistaxis répétées, forte fièvre, — le tout avec des exacerbations régulières qui nous faisaient songer à une complication intermittente. Il y avait de la toux, avec crachats simplement muqueux. Sibilance, râles disséminés dans la poitrine ; douleur vague, du côté gauche. Six jours après seulement, la pneumonie marchant vers la périphérie, devint manifeste à l'auscultation, et le tartre stibié, administré suivant la méthode habituelle, concurremment avec des vésicatoires, en triompha dans peu de jours, en même temps que se dissipait rapidement l'appareil typhoïde : preuve que nous avions bien eu affaire à une pneumonie à marche insidieuse, et non point à une *fièvre typhoïde compliquée de pneumonie*

Pour le cas suivant, l'indication fut plus promptement posée, l'auscultation ayant, en l'absence des symptômes rationnels, révélé le point de départ, le mobile des troubles nerveux. L'observation n'offrirait donc à ce point de vue qu'une importance médiocre ; mais une particularité notée pendant la convalescence, lui prête un certain intérêt d'actualité : il s'agit d'une *paralysie* presque complète de l'un des bras.

Obs. F..., 43 ans, bonne constitution, tempérament bilioso-nerveux, encore bien réglée, entre à la Clinique (salle Sainte-Félicité, n° 14) le 29 mars. Invasion il y a huit jours par des frissons, de la céphalalgie, de la fièvre, etc.

A la visite du 30, faciès typhoïde, prostration, réponses difficiles, langue et lèvres sèches, narines pulvérulentes, forte fièvre Toux insignifiante ; pas de crachats ; dyspnée modérée. A l'examen de la poitrine, nous constatons une pneumonie des 2/3 inférieurs, du côté gauche. (Tartre stibié, 0,25 ; puis 0,30.)

Le 2 avril, le pouls était tombé à 60, la calorification presque normale, la langue humide, l'état nerveux relevé (Kermès, 0,10 ; vésicat., sp.)

Les jours suivants, la convalescence se dessine nettement.

Le 12 avril, sans cause appréciable, se déclare une angine *simple*, avec fièvre. Elle cède en trois jours à des gargarismes émollients et alumineux.

Deux jours après, la malade commence à s'apercevoir que son bras droit s'allourdit, elle ne le soulève qu'avec peine ; fourmillement douloureux dans les doigts, engourdissement et affaiblissement progressifs de l'avant-bras ; la sensibilité cutanée de ces régions est diminuée ; les muscles présentent un état de semi-paralysie ; les doigts sont dans une demi-flexion permanente, d'où la malade ne peut les tirer qu'en s'aidant de l'autre main. L'aisselle est libre.

Des frictions sèches et stimulantes (teinture de quinquina. esprit camphré), l'emploi régulier de l'électricité, des toniques à l'intérieur, n'enlevèrent cette complication qu'au bout de quelques semaines. La guérison était complète, quand la malade quitta l'hôpital le 14 mai.

La question des paralysies générales ou locales consécutives à des maladies aiguës, tant septiques que franchement inflammatoires — soulevée à propos des paralysies diphthériques — a beaucoup occupé dans ces derniers temps la presse médicale. Indépendamment des faits produits par MM. Trousseau et Lasègue (1), Bretonneau (2), Faure (3), Péry (4), Peraté (5), Moynier (6), etc., les discussions de la Société médicale des hôpitaux en ont vidé les principaux points, et nous en trou-

(1) *Union médicale*, 9 oct. 1851. (2) *Archives générales*, janv. et sept 1855. (3) *Union médicale* 1857. (4) Thèse de Paris, 1857. (5) Thèse de Paris, 1858. (6) *Gaz. des hôpitaux*. 25 oct. 15, 22 nov et 1er déc. 1859.

vons une histoire à peu près complète dans les importants mémoires de MM. Maingault (1) et Gubler (2).

M. Macario (3), des premiers, a publié des cas de paralysies consécutives à des pneumonies. Son observation IV présente avec la nôtre assez d'analogie, avec cette différence toutefois qu'ici la paralysie s'est produite du côté *opposé* à la pneumonie : on aurait peine conséquemment à la faire rentrer dans la catégorie des paralysies de *voisinage*, de M. Gubler ; et bien qu'elle soit restée localisée, sans accompagnement d'autres phénomènes de paralysie *diffuse*, nous serions plutôt porté à y voir une paralysie asthénique, de cause périphérique.

Ici pourtant se présente une question : accorderons-nous, dans le cas qui nous occupe, un rôle à l'*angine* ? S'il est vrai que les observations les plus nombreuses se rapportent à des angines diphthériques, on a vu aussi des paralysies, non-seulement du voile du palais et du pharynx, mais de régions éloignées du corps, succéder à des angines *simples* : il en a été cité beaucoup d'exemples à la Société Médicale des hôpitaux, et M. Marquèz a récemment relaté des cas de ce genre dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1860, n° 10). On remarquera toutefois que dans notre fait, les accidents (*généralement très tardifs* dans leur apparition) ont été signalés par la malade deux jours déjà après la guérison — et cinq jours après l'invasion — de l'angine ; celle-ci a du reste été des plus bénignes, et nous en sommes à nous demander si la cause — probable, quoique non constatée (refroidissement) — qui a, dans la convalescence de cette pneumonie, provoqué intercurremment l'angine, ne serait pas aussi, par une coïncidence fortuite, le mobile déterminant de la paralysie du bras.

---

(1) *Sur les paralysies diphthériques* (Actes de la société méd des hôp., 5e fasc. p. 111 et suiv. ; Arch. génér. oct et déc. 1859.

(2) *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës*, etc., (Actes de la société médicale des hôpitaux. 5me fascicule, p 235 et suiv).

(3) *Bulletin gén. de thérap.* (déc 1850) ; *Union médicale*, n° 132, 1859.

Nous donnons ci-après l'énumération générale des cas de pneumonie mentionnés dans cet article, sans entrer davantage dans le détail d'observations qui pour la plupart n'ont rien présenté de spécial, et dont la relation serait fastidieuse.

Salle Ste Félicité.

Calmon, 54 ans, entrée le 14 décembre (nº 17) : pneumonie du sommet, à droite.

Fort, 47 ans ; 29 mars (nº 14) : pn. gauche, avec symptômes typhoïdes.

Alos, 30 ans ; 8 janvier (nº 5) : pn. du sommet, à droite.

Ascensi, 16 ans ; 21 février (nº 8) : pn. double ; plus tard, épanchement à droite.

Tixador, 25 ans ; 1er juillet (cabinet 22) : pn. droite.

Salle St-Nicolas.

N..., 48 ans ; entré le 10 décembre (nº 43) : pn. centrale.

Petroni, 46 ans ; 18 décembre (nº 43) : pleuropneumonie gauche.

Fauraux, 22 ans ; 2 janvier (nº 25) : pn. gauche, invasion à forme typhoïde.

Ravier, 40 ans ; 4 janvier (nº 30) : pn. double, guéri ; mort du choléra

Linzet, 21 ans ; 2 janvier (cab. 18) : engouement à gauche (infus. d'ipéca).

Mangin, 58 ans ; 1er février (nº 37) : pn. du sommet, à gauche, adynamique .

Vella, 48 ans ; 8 février (nº 28) : pn. gauche.

Quintane, 44 ans ; 28 février (nº 38) : pn. gauche.

Péché, 49 ans ; 31 mars (nº 43) : pn. droite, suppurée ; mort le 2 avril.

Parodi, 24 ans ; 3 avril (nº 32) : pn. gauche.

Belliard, 51 ans ; 3 avril (nº 36) : pn. droite,

Maysonneuve, 32 ans ; 5 avril (nº 43) : pn. double *(saignée)*.

Navarro, 32 ans ; 3 avril (nº 34) : engouement à droite, avec état bilieux, (infus. d'ipéca).

Pellegrino, 39 ans ; 23 avril (nº 36) : pn. gauche.

Garcia, 20 ans ; 1er mai (nº 41) : pn. centrale intermittente.

Boyer, 46 ans ; 12 mai (nº 26) : pn. gauche, délire initial.

Vacias, 35 ans ; juillet (nº 39) : pn. droite.

Pleurésie.

Nous n'avons pas rencontré de pleurésies simples pendant

le semestre d'hiver. Deux cas, où l'inflammation de la plèvre est venue compliquer la pneumonie, ont été relatés au paragraphe précédent. Chez un jeune homme atteint de dilatation des bronches, un épanchement purulent déjà ancien, occupait la cavité pleurale gauche.

Bronchite.

16 cas de *bronchite aiguë* ont été observés (8 chez les femmes et autant chez les hommes) parmi lesquels 6 de *bronchite capillaire* ; plusieurs étaient accompagnés de *pleurodynie* : 7 appartiennent au seul mois de mars. L'histoire d'aucun de ces malades n'a présenté d'intérêt particulier.

Nous en dirons autant des *bronchites chroniques :* 12 cas se sont présentés, tous chez les hommes.

L'un de ces sujets, depuis deux mois dans nos salles, a été enlevé par le choléra le 31 décembre ; un autre cachectique, infiltré, a succombé à une dysenterie ancienne.

Plusieurs étaient emphysémateux : deux, asthmatiques. Chez un jeune Maltais, âgé de 26 ans (mars : n° 31), l'emphysème était presque général, à droite comme à gauche ; il y avait une forte cyanose ; la bronchite était modérée, et les orifices du cœur libres.

Nous relevons, comme digne d'être noté, le jeune âge de cet emphysémateux.

Dilatation des bronches.

Si dans maintes circonstances il devient aisé — moins par l'analyse des signes stéthoscopiques, que par celle des commémoratifs et des symptômes concomitants — de distinguer la dilatation des bronches de la phthisie au 3me degré, il en est d'autres cependant où l'erreur est pour ainsi dire forcée : témoin le fait que nous allons reproduire ici, et dans lequel

nous n'avions aucun doute, nous le confessons, sur l'existence d'une caverne tuberculeuse.

Obs. D... jeune homme de 19 ans, débile, lymphatique, entre à la clinique (Salle St Nicolas, nº 34) le 4 janvier. Son père a succombé dans un âge peu avancé à une affection chronique de poitrine ; lui-même reste seul de plusieurs enfants morts dans des circonstances analogues. Il a eu une pleurésie, il y a 3 ans : depuis lors, toux, oppression constante, amaigrissement progressif, sueurs nocturnes, mouvement de fièvre le soir ; jamais d'hémoptysie.

Il se présente à notre examen dans l'état suivant : faciès amaigri, pommettes rouges, ongles *hippocratiques* au plus haut degré. Toux fréquente, expectoration muco-purulente, se produisant surtout le matin, et par quantités à la fois considérables, douleur vague, habituelle, à gauche.

Dilatation appréciable du côté gauche. Matité absolue dans tout ce côté, jusque vers la deuxième côte ; absence de vibrations thoraciques ; bruit respiratoire et voix, éteints dans les deux tiers inférieurs; égophonie au niveau de l'angle de l'omoplate. Sous la clavicule, dans la région sus et sous épineuse, et dans le creux axillaire, souffle amphorique mêlé de gros gargouillements, et par moments d'un tintement métallique modèle ; pectoriloquie. A droite, sonorité normale, râles muqueux disséminés, respiration puérile.

Nous diagnostiquons *un épanchement pleural ancien* et une *vaste caverne* au sommet du poumon. Pendant six semaines que nous eûmes le malade sous les yeux, les mêmes signes stéthoscopiques persistèrent, et nous le faisions ausculter à nos élèves, comme offrant un type d'une caverne très étendue.

La fièvre hectique, les sueurs nocturnes, une diarrhée bientôt incoercible avec œdème des jambes, et plus tard infiltration générale (sans urines albumineuses), nous firent porter le pronostic le plus fâcheux, et nous n'instituâmes qu'une médication palliative. La mort survint le 25 février.

A l'autopsie : épanchement purulent (1 1/2 litre) avec pseudo-membranes anciennes et adhérences, dans la plèvre gauche. Pas traces de tubercule.

Dilatation ampullaire des ramifications bronchiques du poumon gauche. Tout l'organe est parsemé d'une foule de petites cavités ovoïdes — variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette — dont les parois sont tapissées d'une membrane muqueuse épaissie, parcourue par des stries circulaires, en anses concentriques, et continue avec celles des bronches dont ces cavités semblent la terminaison en cul-de-sac. Chacune d'elles communique en effet avec un

tuyau bronchique, ce dont il est aisé de se convaincre en s'aidant d'un simple stylet.

Ces dilatations ne sont point disposées en chapelet; elles appartiennent à la forme *ampullaire* établie par les auteurs (1). Le parenchyme pulmonaire ambiant est condensé, et comme atrophié.

La muqueuse bronchique est rouge, enflammée, à droite, mais il n'y a aucune dilatation. Les autres organes sont sains.

La pièce anatomique a été conservée à l'amphithéâtre de l'Ecole de Médecine.

Comment se rendre compte du mécanisme de ce large souffle amphorique et du tintement métallique, perçus par notre oreille, à laquelle ils donnaient l'impression de ce qui se fût passé dans une *très grande* caverne? Les symptômes stéthoscopiques de la dilatation des bronches ne sont point d'habitude aussi exagérés; il faut admettre que le souffle respiratoire et les bulles agitant le liquide contenu dans les ampoules bronchiques résonnaient dans un grand nombre de ces cavités à la fois, réalisant ainsi plus ou moins les conditions physiques d'une seule — mais vaste — excavation.

Les auteurs insistent, comme éléments essentiels du diagnostic différentiel dans des cas de ce genre, sur l'absence de la fièvre hectique, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, des ongles hippocratiques, etc., cortége habituel de la tuberculisation. Or, ici tous ces symptômes existaient, et de plus, les antécédents de famille..... Nous savions que l'empyème eût pu en partie les expliquer, et plusieurs fois nous nous étions posé, au lit de ce malade, la question de l'opportunité de la thoracentèse. En présence de l'affaissement général du sujet, et de données stéthoscopiques si bien faites pour nous confirmer dans l'idée d'une phthisie avancée, nous n'avions point pensé que l'opération fût indiquée.

Il est vrai que les crachats étaient fondus les uns dans les autres tels que ceux qu'a spécialement décrits M. Barth (1), comme se rapportant à la dilatation bronchique; il est vrai

(1) Voyez spécialement le travail de M. Gombault, analysé dans l'*Union médicale*, 1859, n° 107, p. 469.

encore que l'examen microscopique, répété à plusieurs re prises, ne nous avait point révélé, à notre grand étonnement, *la fibre élastique*, cet élément caractéristique de la destruction du tissu pulmonaire, que nous trouvions chez tous nos autres tuberculeux ; il est vrai enfin que les hémoptysies avaient manqué — mais on a vu des phthisiques n'avoir point de crachements de sang, et en présence de tant d'autres éléments de conviction, ces objections nous avaient paru devoir perdre leur valeur.

Phthisie pulmonaire.

Le chiffre de mortalité de nos tuberculeux pourrait *à priori* paraître en désaccord avec ce que l'on sait de l'influence bienfaisante dont ces malades sont en général redevables au climat algérien. Sur 9 phthisiques (4 femmes, 5 hommes), nous en avons perdu 6 (dont 3 durant le semestre d'été), et, dans tous ces cas, le dénouement fatal a été amené très rapidement.

Cela tient tout d'abord à ce que la plupart de ces malades ne viennent à l'hôpital qu'à une époque déjà trop avancée de leur affection : c'est ensuite, et surtout peut-être, qu'il n'y a guère de milieu plus défavorable à la thérapeutique de la phthisie, que le milieu nosocomial, où manquent les éléments essentiels qu'elle réclame ; une atmosphère pure, l'exercice au grand air, une alimentation de choix, etc.

Ainsi que tous nos confrères de la localité, nous avons été plus d'une fois témoin des effets remarquables dûs — sur des sujets placés dans de bonnes conditions — à cette si salutaire influence de notre ciel privilégié.

Après les travaux de tant d'éminents praticiens de l'Algérie, après tous les documents cliniques et statistiques exposés depuis bientôt six années dans la *Gazette médicale de l'Algérie*,

(1) *Recherches sur la dilatation des bronches*. Paris, 1856.

fondée en 1856 par le Dr A. Bertherand — après le mémoire de M. le Dr de Pietra-Santa, qui les a si complètement résumés dans les *Annales d'Hygiène* (nos de juillet 1860 et suiv.), il ne nous appartient point de nous étendre sur une question à propos de laquelle nous n'aurions à avancer aucune vue qui nous fût particulière.

L'un des sujets qui a succombé nous a offert une anomalie d'âge assez rare ; c'était une femme de *60 ans* (S. Ste-Félicité, no 5, mars), chez laquelle les accidents pulmonaires n'avaient commencé à se manifester que depuis 3 ou 4 années : une grande caverne existait au sommet du poumon gauche.

Un autre (jeune homme de 22 ans, lit no 23, novembre), est mort d'un *gangrène pulmonaire*, déterminée par l'isolement de portions étendues du poumon droit, sous l'influence de la fonte tuberculeuse périphérique.

Un troisième enfin a offert, en coïncidence avec son affection pulmonaire, *une paralysie faciale double*, consécutive *à une double otite*, développée successivement et sous nos yeux. Cette observation, qu'un concours fortuit de circonstances rend peut-être unique dans son genre, nous a permis de corroborer les faits relatés dans l'intéressant Mémoire de M. Davaine, *sur la paralysie des deux nerfs de la* 7me *paire*. Nous avons en outre dû à ses tubercules le privilége de pouvoir vérifier, chez ce sujet, à l'autopsie, les vues avancées par plusieurs auteurs, sur les rapports qui parfois lient la paralysie faciale aux lésions inflammatoires de l'oreille moyenne.

Comme nous nous proposons d'en faire prochainement l'objet d'un travail spécial, nous ne faisons qu'indiquer ici la place qui dans notre cadre revient à cette observation.

Appareil circulatoire.

Cette classe est représentée par trois cas d'*affections organiques du cœur.*

1° Une hypertrophie simple, sans lésion appréciable des orifices ;

2° Une incrustation valvulaire ancienne, sans symptômes fonctionnels sérieux, chez un sujet goutteux, dont on lira l'histoire plus loin ;

3° Une lésion mitrale, suivie de mort, et accompagnée d'*amblyopie*, de cause, selon toute apparence, *œdématique*, ainsi qu'on en peut juger par l'analyse de l'observation :

Obs. O.., 22 ans, constitution primitivement robuste, tempérament lymphatique, entre à la Clinique (salle Saint-Nicolas, n° 40), le 17 novembre, pour une diarrhée abondante, datant de plusieurs semaines. Il vient de la plaine, où il a eu les fièvres durant presque tout l'été. Il est très affaibli ; faciès pâle, jambes infiltrées, ascite modérée. Pas d'albumine dans les urines. Rien d'apparent du côté du foie. A l'auscultation du cœur, souffle rude, *présystolique*, et couvrant tout le premier temps, propagé vers la pointe. Deuxième bruit normal. Pas de symptômes d'hypertrophie du ventricule gauche.

Les diurétiques, sudorifiques, etc., ne font qu'exagérer l'hydropisie.... Quant à la diarrhée, malgré les moyens employés contre elle, elle persiste pendant plus d'un mois ; ce n'est qu'un traitement tonique et réparateur dirigé contre l'état cachectique, qui parvient à l'enrayer, et en même temps diminue rapidement l'infiltration séreuse (mi-janvier). Le malade reste quelques semaines dans un statu quo assez favorable ; puis les accidents hydropiques reprennent avec intensité : infiltration générale des téguments, ascite, double hydrothorax, œdème pulmonaire, en même temps que les symptômes locaux s'aggravent du côté du cœur : souffle râpeux, absorbant pour ainsi dire les deux bruits, frémissement cataire ; plus tard, hydropéricarde.

A ce moment, le sujet se plaint d'un affaiblissement considérable de la vue ; il sent, dit-il, un nuage devant les yeux, et *quand il est couché*, il lui est souvent impossible de distin-

guer les objets. Ce symptôme est très marqué le matin, après une nuit passée la tête sur l'oreiller; il diminue et même parfois disparaît lorsque le malade est *pendant quelque temps assis*.

Nous avons constaté le fait durant les quinze jours qui ont précédé la mort, alors que l'anasarque était la plus intense; l'amblyopie suivait manifestement les oscillations de *plus* ou de *moins* qui se produisaient dans le degré de l'infiltration séreuse.

L'examen ophthalmoscopique pratiqué à deux reprises n'a révélé aucune lésion bien appréciable des milieux ni des membranes de l'œil; la papille du nerf optique était nette, la rétine transparente, son champ toutefois de couleur moins vive que d'habitude, quelque peu grisâtre, mais sans boursouflure autour de la papille; aucune extravasation sanguine sur le trajet des vaisseaux, aucun foyer de dégénérescence graisseuse, ainsi qu'on le constate dans la plupart des amauroses observées dans le cours de la maladie de Bright.

A la mort du malade, le 20 mars, nous trouvâmes une incrustation de la valvule mitrale, donnant lieu à la fois — ainsi que nous l'avions diagnostiqué — au rétrécissement et à l'insuffisance.

Reins graisseux, mais sans granulations, ni déformation des tubes de Ferrein, ainsi qu'il résulta de l'examen microscopique fait par notre ami et collègue le Dr Bruch, dont l'habileté en pareille matière est bien dûment connue. Il n'y avait du reste jamais eu d'albumine dans les urines.

Nous ne nous arrêterons point sur l'affection cardiaque : le bruit présystolique, le frémissement cataire, l'absence d'hypertrophie — cet élément précieux dont M. le professeur Forget a enrichi le diagnostic des maladies valvulaires — ne permettaient point de doute sur la nature et le siége de la lésion.

Nous insisterons plutôt sur l'amblyopie, dont le caractère *fugace*, en rapport avec les conditions physiques qui faisaient varier le degré d'infiltration de la face — et en l'absence de lésions appréciables à l'ophthalmoscope, hors la légère anomalie de coloration signalée plus haut — paraît bien évidemment devoir se rapporter à quelque œdème passager, mobile, de la rétine ou des tissus sous-jacents.

Il est probable que dans plus d'un cas, l'amaurose dite

albuminurique — considérée dans le principe par son inventeur, M. Landouzy, comme purement nerveuse, et dont l'ophthalmoscope a déjà distrait ces amauroses par plaques ecchymotiques ou graisseuses si caractéristiques, comme on le sait, — n'est aussi à vrai dire qu'une amaurose *œdématique*. Il est évident d'ailleurs qu'il y a là des catégories à établir : or, il ne s'agit pour le moment que de celles de ces amblyopies ou amauroses dont l'invasion est brusque, et la disparition non moins rapide.

M. Follin (1), dans ses *Leçons sur les applications de l'ophthalmoscope* (p. 90) a du reste signalé ce point de vue, et avant lui M. Massaloup, dans sa thèse inaugurale (2), avait rattaché l'amaurose dont il s'agit à une cause *de même ordre*, bien que nous ne puissions admettre le mécanisme qu'il propose (compression du nerf optique à son passage dans le tissu cellulaire, infiltré, de l'orbite).

Affections diverses.

Pour ne point charger surabondamment ce compte-rendu, nous ne signalerons, parmi les affections dont il nous reste à traiter, — maladies des appareils nerveux, sensitif, locomoteur, génito-urinaire, — que les faits seulement dont l'importance légitime des détails : les autres figureront dans le relevé général qui terminera notre travail.

---

(1) *Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil*. Paris, 1859.

(2) *De l'amaurose, comme symptôme de l'albuminurie* (thèses de Strasbourg, n° 411 ; 1858, janvier.

Névralgies.

Il est rien moins que rare, dans un pays surtout où tant de maladies ont de la tendance à tourner à la périodicité, de voir les névralgies, et entre toutes la névralgie *trifaciale*, manifester leurs accès à des intervalles réguliers. Nombre d'observations sont venues attester le succès, dans des cas de ce genre, des préparations quiniques, et il n'y aurait que banalité à en citer une nouvelle après tant d'autres, si les circonstances spéciales du fait que nous possédons ne lui donnaient un certain intérêt.

C'est une *névralgie double de la 5me paire*, spécialement localisée dans les nerfs dentaires, datant déjà de quatre mois, et rapidement guérie par l'administration de l'anti-périodique.

Obs. Nav.., Mahonnaise, 40 ans, lymphatique nerveuse, entre à la Clinique (salle Ste-Félicité, n° 5), le 21 novembre. Elle souffre *depuis quatre mois* d'une odontalgie très intense, et réclame à grands cris l'avulsion d'une série de dents qu'elle désigne comme la source de son mal. La douleur est sourde, vague durant la journée ; chaque soir elle éclate avec violence, s'étendant rapidement aux rangées dentaires de gauche et de droite, avec des irradiations dans une grande partie de la face. L'accès se calme vers le matin. Deux molaires ont déjà été enlevées en ville, sans soulagement pour la malade.

L'examen auquel nous nous livrons ne nous fait découvrir, du côté des dents, aucune carie, aucune lésion qui puisse être considérée comme le point de départ de ces douleurs que tout, au contraire, concorde à rattacher à une névralgie de la 5me paire.

Au moment de cette première exploration, la malade ne souffre point ; il n'y a que de la douleur à la pression au niveau de l'émergence du nerf mentonnier, de chaque côté.

Expectation pendant deux jours (5 centigr. d'extrait d'opium pour la nuit).

L'accès revient à chaque fois vers six heures du soir ; l'interne du service y assiste et l'observe avec attention : il commence par des tiraillements, des élancements doulou-

reux le long du trajet des nerfs dentaires, des deux côtés; c'est dans la série dentaire inférieure qu'ils se produisent avec le plus d'intensité ; de là ils se propagent aux téguments du menton, à la lèvre inférieure, aux parties situées en avant de l'oreille, aux joues, dans la direction des nerfs mentonnier, temporal superficiel, buccal ; à gauche toutetefois, ce dernier nerf ne paraît point hyperesthésié. La langue est libre. (Double névralgie maxillaire inférieure.)

D'autres élancements occupent le reste du côté droit de la face, dans les parties qui reçoivent les branches émergentes du maxillaire supérieur et de la branche ophthalmique du trijumeau (front, partie latérale du nez, région sous-orbitaire, pommettes).

Les points fixes, exaspérés par la pression, et d'où partent les lancées douloureuses, sont nettement caractérisés aux endroits classiques. A gauche, l'on ne constate que les points temporal et mentonnier : l'affection y est bornée, pour la branche maxillaire supérieure, aux rameaux dentaires.

Quelques-uns de ces *points* restent sensibles à l'expiration de l'accès, et nous pouvons nous-même les rendre saillants à l'heure de notre visite.

La nature du mal et son caractère périodique bien établis, nous prescrivons, le 25 novembre, 1 gramme de sulfate de quinine, en quatre prises régulières, à partir de deux heures de l'après-midi.

Cette première dose n'amène point d'effet notable; mais dès la seconde, l'intensité de l'accès est notablement diminuée, et à la quatrième, il est entièrement supprimé. La quinine est néanmoins continuée, par précaution, à doses décroissantes, jusqu'au huitième jour.

La malade séjourna à la Clinique encore cinq semaines, durant lesquelles un régime analeptique, les ferrugineux, les amers, l'extrait de quinquina, etc., furent dirigés contre son état constitutionnel : pendant tout ce temps, elle ne ressentit aucune manifestation névralgique.

Cette guérison si prompte, eu égard surtout à la longue durée antérieure de l'affection, nous paraît digne d'être notée. Le fait d'une névralgie simultanée de branches des deux trijumeaux est également une circonstance assez rare.

Une névralgie pour laquelle la périodicité ne s'observe pas fréquemment, la névralgie *lombo-abdominale*, nous a offert chez un homme de 30 ans (Saint-Nicolas, n° 25 ; février), un

autre exemple de guérison par le sulfate de quinine.

Chez une jeune femme (Sainte-Félicité, n° 4 ; mars), en couches depuis quatre jours, la même névralgie, spécialement localisée dans la branche *inguinale externe*, en avait imposé, à ceux qui nous avaient adressé la malade, pour un commencement de péritonite puerpérale. Les points douloureux caractéristiques existaient en dedans de la ligne blanche, vers le milieu de l'espace inguinal, et surtout à la partie supérieure et externe de la cuisse, là où les filets du nerf inguinal externe traversent l'aponévrose fémorale.

Ici, comme dans nos autres cas de névralgies *non périodiques* (2 cervico-occipitales, 3 de la 5e paire), la guérison a été obtenue par les vésicatoires volants ou pansés à la morphine, la cautérisation ponctuée, l'électricité, les frictions belladonées, etc.

Pour l'un de ces malades (S. Saint-Nicolas, n° 30 ; mars), la névralgie faciale s'était déclarée à la suite d'épistaxis répétées, très abondantes — qui à deux reprises même avaient nécessité le tamponnement des fosses nasales, à la sonde de Belloc — et paraissait influencée par son état de profonde anémie : le traitement a surtout consisté en toniques et en corroborants.

Rhumatisme goutteux.

On a pu lire, dans un compte rendu des séances de la Société de Biologie (*Gaz. médic. de Paris*, 1860, n° 31, p. 487) un travail de M. Charcot, relatif aux *concrétions tophacées de l'oreille externe* chez les goutteux. Ces concrétions, particulièrement mentionnées et décrites par MM. Fauconneau-Dufresne (1), Todd (2), Garrod (3), occupent généralement la partie supérieure de la rainure de l'hélix, d'autres fois l'hélix lui-même, ou l'anthélix ; il y en a parfois jusqu'à 8 à 10

(1) *In* Cruveilhier, *Atlas d'Anat. pathol.*, 4e livr.

(2) *Clinic. lectur. on urinary organs*, p. 419, Lond. 1859.

(3) *Trans. med. Chir.*, XXXVII, 1854 ; et *The nature and treatment of gout* ; London, 1859.

sur une même oreille ; elles sont sous-cutanées, variables pour la dimension, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois, et essentiellement constituées par des sels uriques. Leur fréquence est assez grande, puisque sur 37 goutteux observés par M. Garrod, elles se sont rencontrées 16 fois : 7 fois sur l'oreille seulement, 9 fois affectant en même temps l'oreille et le voisinage des jointures ; dans un autre cas, ces mêmes concrétions existaient dans la peau, à proximité des articulations, sans que l'oreille en présentât de traces.

L'observation que nous allons relater appartient au même ordre de faits. Une seule concrétion, très petite, se voyait sur l'anthélix du côté gauche, mais il en existait un certain nombre sous la peau de *la continuité* des jambes, à une assez grande distance des jointures.

Obs. B..., Espagnole, 36 ans, constitution chétive, mal réglée, entre à la Clinique (S. Ste-Félicité, n° 12) le 14 janvier, pour une bronchite chronique datant de deux ans, avec bruit de souffle râpeux au premier temps du cœur : point d'hydropisie, ni d'autres symptômes d'engorgement veineux.

Depuis environ dix ans, la malade a eu successivement de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire. Les articulations des orteils et surtout des doigts sont déformées, ankylosées dans une demi-flexion permanente par des dépôts tophacés ; on trouve en outre aux deux mains, sur le trajet des tendons extenseurs, une série de nodosités dures, irrégulières, dont les plus fortes atteignent la grosseur d'une lentille. Les grandes articulations sont libres.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe, se perçoivent à des profondeurs diverses plusieurs concrétions dures, crépitantes à la pression comme le seraient de petites agglomérations sablonneuses, légèrement mobiles, indolores, disséminées vers le milieu du membre, au devant du tibia et le long des muscles péroniers. Il y en a 6 à la jambe gauche, 2 à la jambe droite ; la malade montre en outre un certain nombre de points cicatriciels qui avaient antérieurement donné issue à des productions analogues : l'un d'entre eux est situé au côté externe du genou gauche, les autres — non plus du reste que les concrétions actuelles — n'avoisinent point la région des jointures.

Aucune de ces concrétions ne présentant de tendance vers

une élimination spontanée *prochaine*, nous appliquons, désireux d'en vérifier la nature, un petit vésicatoire, puis un pois à cautère, sur la plus volumineuse d'entre elles, qui présente la dimension d'un fort pois. Au fond de la perte de substance déterminée de la sorte, apparaît une agglomération de petits grains blancs, friables, d'apparence crayeuse.

L'examen de cette matière, fait au laboratoire de l'Ecole, avec l'assistance de M. le professeur Roucher, et répété ensuite en présence des élèves, a donné les résultats suivants :

Au microscope, poudre amorphe, sans structure cristalline aucune.

Insolubilité dans l'eau. En présence de l'acide acétique, même faible, vive effervescence : une partie seulement de la substance se dissout ; le dépôt, traité par l'acide nitrique à chaud, puis par l'ammoniaque, prend la coloration rouge, caractérisque, du purpurate d'ammoniaque, attestant ainsi la présence de l'acide urique.

Ces concrétions présentaient donc les réactions des tophus articulaires, dans lesquels les éléments chimiques essentiels sont, comme on le sait, le carbonate calcaire et les urates de soude et de chaux.

Le reste de l'observation n'offre aucun intérêt particulier. Nous ajouterons seulement encore qu'il n'y avait point de sable dans les urines, et que, durant les quelques semaines que la malade séjourna à la Clinique, le traitement alcalin n'eut qu'une prise insignifiante sur les effets déjà existants d'une diathèse urique si prononcée dans ses manifestations.

Erysipèles.

A plusieurs reprises, durant la période qui nous occupe, s'est manifestée, tant en ville que dans les salles de Mustapha, une constitution médicale érysipélateuse, sous l'influence de laquelle les solutions de continuité les plus minimes dont la peau était le siége, devenaient le point de départ d'inflammations phlegmoneuses graves et parfois mortelles.

C'est ainsi que chez un homme de 40 ans (S. St-Nicolas, n° 29; mars), nous vîmes quelques pustules d'impétigo. existant depuis assez longtemps déjà autour de la malléole

interne, devenir le centre d'un érysipèle qui rapidement envahit tout le membre, se compliquant de lymphite et de suppuration du tissu cellulaire, avec décollements étendus, lesquels nécessitèrent un traitement chirurgical des plus actifs. Le malade ne fut entièrement guéri qu'au bout de sept semaines.

Notre intervention fut moins heureuse chez un autre sujet, jeune homme de 26 ans (salle St-Nicolas, n° 39 ; janvier), qui, à la suite de quelques piqûres de sangsues appliquées autour du trochanter pour une douleur rhumatismale de la hanche, eut un vaste érysipèle phlegmoneux de la cuisse et de la jambe droites, avec fonte purulente et mortification du tissu sous-cutané ; les cautérisations ponctuées, les frictions mercurielles et camphrées, les bains, les incisions pratiquées dès le début dans les parties déclives, les pansements appropriés, etc., n'entravèrent point sa marche rapide ; l'infection purulente survint, et le malade succomba dans des symptômes typhoïdes.

Nous perdîmes de la même manière, dans le courant de juillet, une jeune fille porteur au bras gauche d'un vésicatoire, déjà presque séché, quand autour de lui se déclara subitement un érysipèle avec lymphite infectieuse — suivie d'accidents pyoémiques mortels, malgré le traitement le plus énergique.

Un de nos cas d'*érysipèle facial* eut également une origine analogue ; il s'agit d'une femme de 40 ans (salle Ste-Félicité, n° 17 ; mars), entrée dans nos salles pour une fièvre quarte, et que nous opérâmes d'un petit kyste sébacé situé à la région temporale et dont elle voulait à toute force être débarrassée. L'érysipèle fut intense, et la réaction des plus vives ; néanmoins il parcourut régulièrement ses périodes, comme on le voit d'habitude pour l'érysipèle de la face en général.

Mentionnons encore à la fin de ce paragraphe un érysipèle avec phlegmon *gangréneux* de la joue (noma) chez une femme

de 24 ans (Ste-Félicité, n° 19 ; avril), sans cause apparente, et terminé par la mort au milieu de symptômes de septicémie. (Incisions, fer rouge, purgatifs, aconit, quinquina, etc.)

TABLEAU GÉNÉRAL DES MALADIES TRAITÉES A LA CLINIQUE PENDANT LE 1er SEMESTRE.

(15 novembre 1859 — 15 avril 1860.)

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	MORTS
Affections fébriles.				
Fièvre intermittente.....	61+6*(1)	42+4*	19+2*	»
Fièvre rémittente.......	3	3	»	»
Fièvre pernicieuse......	7	5	2	1
Engorgement splénique aigu (sans fièv. actuelle).	3	1	2	»
Cachexie paludéenne (id).	7	3	4	»
Fièvre intermittente (avec éruption morbilleuse)..	1	1	»	»
Rougeole boutonneuse...	1	»	1	»
Variole................	5	»	5	»
Varioloïde.............	4	2	2	»
Scarlatine hémorrhagique	1	»	1	1
Miliaire rouge.........	1*	1*	»	»
Urticaire..............	2*	»	2*	»
Herpès zona...........	1	»	1	»
Fièvre typhoïde.........	1	»	1	1
Choléra...............	6	4	2	5
Affections du sang.				
Chloro-anémie..........	3*	»	3*	»
Purpura hémorrhagique aigu................	1	1	»	1
Appareil digestif.				
Embarras gastrique fébrile (fièvre gastrique)......	3	2	1	»
Embarras gastriq. simple.	4	2	2	»
Dysenterie, diarrhée.....	20+1*	12+1*	8	2
Angine simple..........	3+1*	3	1*	»

(1) Les cas qui, en raison de leur complexité, ont dû figurer dans plusieurs catégories à la fois, sont indiqués par le signe (*) ; il n'en est tenu compte dans les chiffres totaux qu'à l'occasion de la maladie principale.

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	MORTS
Gastralgie	2	1	1	»
Ictère	2*	1*	1*	»
Hépatite	1	1	»	»
Abcès du foie	1	1	»	1
Cirrhose	2	1	1	2
Péritonite	1	»	1	»
Squirrhe du péritoine	1	»	1	1
Ascite (idiopathique?)	2	1	1	»
Appareil respiratoire.				
Pneumonie	17	13	4	1
Pleurésie	3*	2*	1*	»
Bronchite capillaire	6	3	3	»
Bronchite aiguë simple	8+2*	5	3+2*	»
Bronchite chronique	8+2*	8+2*	»	1
Emphysème, asthme	2	2	»	»
Dilatation des bronches	1	1	»	1
Phthisie tuberculeuse	9	5	4	3
Affections du cœur.				
Lésion valvulaire	1+1*	1	1*	1
Hypertrophie	1	1	»	»
Appareil nerveux.				
Méningite	2	»	2	2
Congestion cérébrale (par aménorrhée brusque)	1	»	1	»
Ramollissement cérébral	1	1	»	»
Céphalée	1+2*	»	1+2*	»
Epilepsie	1	»	1	»
Hystérie	3	»	3	»
Névralgie trifaciale	3+1*	1+1*	2	»
Névralgie cervico-occipitale	2	1	1	»
Névralgie lombo-addominale	2	1	1	»
Sciatique	1	1	»	»
Appareils des sens.				
Epistaxis grave	1*	1*	»	»
Kératite	1	1	»	»
Otite double	1*	1*	»	»
Purpura simplex	1	»	1	»
Prurigo	1+1*	1+1*	»	»
Eczéma	3+1*	»	3+1*	»
Erysipèle facial	3+2*	»	3+2*	»
Noma	1	»	1	1

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	MORTS
Erysipèle phlegmoneux, infectieux	2	2	»	1
Appareil locomoteur.				
Rhumatisme articulaire aigu	8+1*	3	5+1*	»
Rhumatisme articulaire chronique	2	2	»	»
Rhumatisme goutteux	1	»	1	»
— périostal	1	1	»	»
— musculaire	1	1	»	»
Lumbago	4	1	3	»
Pleurodynie	5+6*	5+4*	2*	»
Appareil génito-urinaire.				
Cystite	1*	1*	»	»
Vaginite	2	»	2	»
Métrite	1	»	1	»
Cancer utérin	2	»	2	1
Rétroversion utérine	1	»	1	»
Kystes de la matrice et des ligaments larges	1*	»	1*	»
Affections diverses				
Scrofules	1	»	1	»
Syphilides	1*	»	1*	»
Tumeur musculaire syphilitique	1	»	1	»
Douleurs ostéocopes	1	1	»	»
Abcès sous-mammaire	1	1	»	»
TOTAUX	258+41*	149+20*	109+21*	27

Nous donnons à la suite du tab'eau ci-dessus, le relevé des malades entrés à la Clinique pendant le 2e semestre (15 avril — 1er août), nous bornant, pour le moment, à ce simple aperçu que nous nous réservons de reprendre et de compléter dans une autre occurrence.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction, cette

période place dans un calme relatif le mouvement de nos salles, et ce n'est qu'à l'approche des mois de chaleurs — époque classique des affections marématiques — qu'on lui voit reprendre une nouvelle activité. Sur 143 entrants (il est fait abstraction des malades restés en traitement le 15 avril) 61 en effet appartiennent au seul mois de juillet, et dans ce chiffre rentrent 35 fièvres paludéennes...

Leur répartition entre les divers mois du semestre a été du reste indiquée en son temps.

RELEVÉ GÉNÉRAL DU 2e SEMESTRE

(15 avril—1er août.)

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	MORTS
Affections fébriles.				
Fièvre intermittente.....	46+3*	29+3*	17	»
Fièvre rémittente.......	3	2	1	»
Fièvre rémittente pernicieuse..............	1	»	1	»
Fièvre pernicieuse comateuse (dans le cours d'une diarrhée chronique)...............	1	»	1	1
Fièvre pseudo-continue..	1	1	»	»
Engorgement aigu de la rate.................	1+3*	3*	1	»
Cachexie paludéenne....	2	1	1	»
Variole confluente.......	1	»	1	»
Variole hémorrhagique, maligne............	1	»	1	1
Appareil digestif.				
Embarras gastrique fébrile (fièvre gastrique bilieuse)...............	2	2	»	»
Embarras gastrique simple..................	8	7	1	»
Dysenterie, diarrhée.....	6+2*	4+1*	2+1*	1
Stomatite simple.......	1	»	1	»
Stomatite mercurielle....	1	»	1	»
Angine simple..........	2	1	1	»
Hématémèse...........	1	1	»	»
Gastralgie.............	2	1	1	»

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	MORTS
Hépatite chronique (avec pleurésie à droite).....	1	»	1	»
Péritonite puerpérale.... .	1	»	1	»
Péritonite, à forme typhoïde (consécutive à une tuberculisation de la rate)	1	1	»	1
Appareil respiratoire.				
Pneumonie	5	4	1	»
Pleurésie double, ultime (sur bronchite chronique)................	1	»	1	1
Pleurésie (avec hépatite)..	1*	»	1*	»
Bronchite	13+3*	10+2*	3+1*	»
Bronchite chronique.....	5+1*	5	1*	»
Emphysème, dilatation bronchique	1	1	»	»
Phthisie tuberculeuse....	5	3	2	1
Phthisie (du 1er semestre).	»	»	»	3
Affections du cœur.				
Végétations de la valvule mitrale	1	»	1	1
Lésion valvulaire ancienne	1*	»	1*	»
Appareil nerveux.				
Méningite	1	»	1	1
Hémiplégie (apoplexie ancienne)	1	1	»	»
Paralysie de la 5e paire..	1	1	»	»
Chorée................	1	1	»	»
Appareils sensitifs.				
Otite	2	2	»	»
Kératite	1+1*	»	1+1*	»
Prurigo................	1	1	»	»
Lichen	1*	»	1*	»
Impétigo de la face......	1	»	1	»
Erysipèle impétigineux de la face................	1	1	»	»
Erysipèle facial.........	1	1	»	»
Erysipèle infectieux (chez une convalescente du 1er semestre).........	»	»	»	1

	TOTAL	HOMMES	FEMMES	MORTS
Appareil locomoteur.				
Rhumatisme articulaire aigu	1	»	1	»
Rhumatisme chronique	1	»	1	»
Rhumatisme musculaire	1	1	»	»
Lumbago	2	2	»	»
Pleurodynie	3+2*	2+1*	1+1*	»
Appareil génito-urinaire.				
Métrite	1	»	1	»
Aménorrhée	2	»	2	»
Retroversion utérine	1	»	1	»
Affections diverses				
Syphilis secondaire et tertiaire	5	2	3	»
Maladie indéterminée; non valeur	1	1	»	»
TOTAUX	143+18*	89+10*	54+8*	12

TOTAL GÉNÉRAL POUR L'ANNÉE SCOLAIRE	401+59*	238+30*	163+29*	39



ALGER. — IMPRIMERIE DE A. BOURGET, RUE SAINTE, N° 2.